AÑO II 1º. DE FEBRERO DE 1930 NUMERO 5

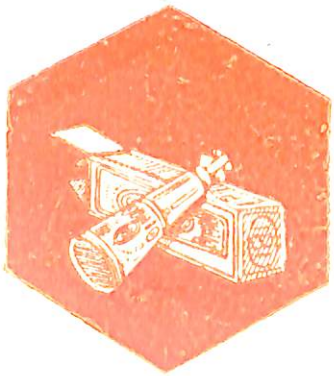
REVISTA MÉDICA PERUANA

LIMA

PRECIO: 50 CENTAVOS

OVAIO IBI

Hormona folicular, extraída de ovarios frescos, privados de cuerpos amarillos. Titulado en unidad rata. Cada frasco contiene tres unidades ratas, equivalentes a 30 unidades clínicas.



OVAIO IBI

POSOLOGIA: Una unidad clínica al día (40 gotas del preparado) para suministrarse en ayunas, en pequeña cantidad de agua y media hora antes del desayuno.

INDICACIONES: En todos los estados de hipovarismo: **trastornos de la pubertad** (amenorrea, dismenorrea, algunas metrorragias), en la **menopausa**, en la **esterilidad, castración, retardo o deficiencia en el desarrollo de los caracteres sexuales, psicosis, obesidad de origen ovárico, falta de secreción lactea.**

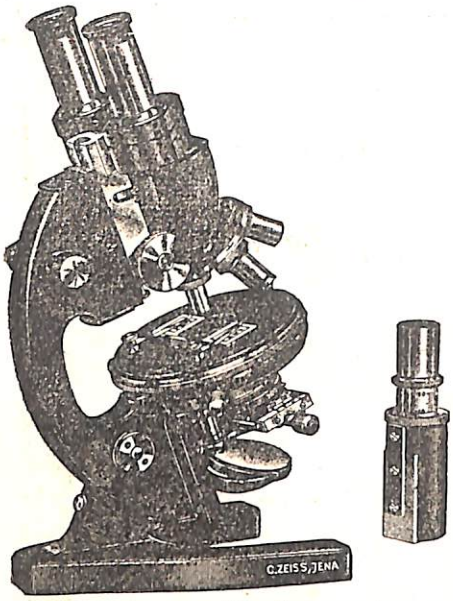
PREPARADO DEL

ISTITUTO BIOCHIMICO ITALIANO

CONTROLADO Y GARANTIZADO POR EL GOBIERNO ITALIANO

Solicite muestras: Oficina en Lima. Apartado 121

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



Hace 80 años que la casa Zeiss se esfuerza en fabricar instrumentos ópticos de la mejor calidad procurando sin cesar su mayor perfeccionamiento. Este propósito se dirige especialmente a su artículo clásico: el microscopio. Por las modificaciones hechas en estos últimos años, los microscopios Zeiss, tanto desde el punto de vista óptico como desde el mecánico, han alcanzado un grado tal de perfeccionamiento que no ha sido superado por nadie.

La comparación de precios con los de equipos semejantes de otras casas, indica tan solo diferencias insignificantes que están justificadas por la calidad ZEISS

MICROSCOPIOS

ZEISS

PARA FINES

DIAGNOSTICOS

Pídanse informaciones y folletos descriptivos a

H. KOHLER

Representante general para el Perú

Edificio Italia 302

Casilla 1030

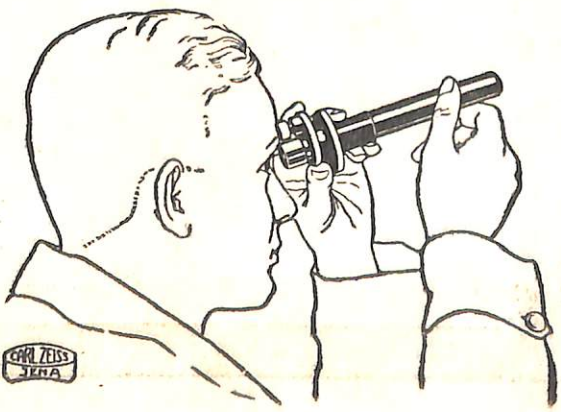
Lima

POLARIMETRO DE

BOLSILLO

ZEISS

El método más sencillo a la vez que mas exacto para determinar el azúcar en la orina, con campo visual dividido en 3 zonas y lupa de lectura de 7 diámetros.



Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

LEPETIT FARMACEUTICI · MILANO

ACIDO FENIL--QUINOLIN CARBONICO

El médico debe tener presente a este valioso medicamento en los casos de:

POLIARTRITIS
GOTA
REUMATISMO

y en general en la diátesis úrica.

Tiene la enorme ventaja sobre sus similares de actuar constantemente, no habituándose el organismo a él.

Es completamente innocuo.

D O S I S: 4 a 6 comprimidos diariamente.

SOLICITE MUESTRAS A NUESTRA OFICINA EN LIMA — APARTADO 121

PRODUCTO DE

LEPETIT FARMACEUTICI - MILAN

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA MEDICA PERUANA

SALE CADA DOS SABADOS

AÑO II. —No. 5. — 1º. DE FEBRERO DE 1930

COLABORADORES:

Doctores: Leonidas Avendaño, Max González Olaechea, Guillermo Gastañeta, Julián Arce, E. Pardo Figueroa, Miguel Aljovín, Belisario Manrique, Carlos Villarán, Alberto Barton, Honorio F. Delgado, Juvenal Denegri, Eduardo Bello, Abel S. Olaechea, Fortunato Quesada, Augusto Dammert, Enrique León García, Ricardo Palma, Carlos Monge, Constantino Carvallo, Juan Voto Bernales, Ramón Ribeyro, Raúl Rebagliati, Guillermo Fernández Dávila, Enrique P. Manchego, Sergio Bernales, Daniel Mackenie, Rafael Alzamora, Pedro Weiss, Carlos Alberto García, Carlos Morales Macedo, Ernesto Delgado G , S. Sánchez Checa, Oscar Soto, Telémaco Batistini, Edmundo Escomel, Ricardo Pazos Varela, Alberto Hurtado Abadía.

DIRECTORES:
JUAN B. LASTRES
MAURICIO DAVILA
OV. GARCIA ROSELL

REDACCION Y ADMINISTRACION:
HUANCAVELICA 337-TELEFONO 919-CASILLA CORREO 674
LIMA - PERU

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SUMARIO:

EDITORIAL

Formas clínicas de la tuberculosis pulmonar (2ª parte). — Profesor Dr. Max Gonzáles Olaechea.

El lipiodol en las compresiones medulares. — Dr. Mauricio Dávila.

El luminal en el tratamiento de las epilepsias. — Dr. Hermilio Valdizán.

Un caso de ruptura del corazón. — (Nota clínica). — Doctores: Carlos Alvarado G. y Miguel Angel Delgado.

Revista de libros: H. Valdizán. — La Facultad de Medicina. — Andrés Thomas. — Les phénoménes de repercusivité. — P. Krause y G. Garré. — Terapéutica general y aplicada de las enfermedades internas.

Revista de revistas: Lesiones cavitarias del vértice. Frenicectomía, Sindrome de Claude Bernard Horner. Revista Médica. — Latino Americana. — Los períodos secundario y terciario de la tuberculosis pulmonar. La teoría de Ranke. Prensa Médica Argentina. — Estudio anátomo patológico sobre un caso de afasia de Wernike. — Revista de Especialidades.
Endocrinología: Hipófisis, Tiroides, Epífisis. Paratiroides. Timo. Suprarrenales. — M. A. E.
Reveu sudamericaine de medicine et chirurgie. — C. H. B. O.

Notas terapéuticas: Algunas consideraciones sobre el tratamieno actual del raquitismo. — C. K. — El gluconato de calcio en la tuberculosis. — J. A. W.

Noticias: Facultad de Medicina de Lima. El VI congreso francés de Pediatría. — Dr. Juan A. Werner.

Necrología: Dr. Adolfo Florez.

ECONOMIA DE LA REVISTA

Número suelto .. .. Lp. 0.0.50
En Lima y provincias al año „ 1.0.00
En provincias por correo certificado .. .. „ 1.3.00

En el extranjero:
Número suelto .. .. .. U. R. S|. 0.35
Al año .. .. „ 4.00

Los envíos pueden hacerse por intermedio de algún Banco o directamente por cheque, letra o giro a la orden de "Revista Médica Peruana".

OFICINA: Huancavelica 337 Casilla Correo 654. — TEL. 919. Lima (Perú)

Al cambiar de dirección sírvase darnos con anticipación la antigua y nueva dirección para asegurar su entrega.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

LEPETIT FARMACEUTICI - MILANO

SONNO

Nevralteina	0,25
ipnotal	0,25
ater-metil-etil valeriánico	0,02
en tubo de 20 comprimidos de c	0,50 grs.

HIPNOTICO
SEDATIVO
CALMANTE

de acción segura, sin producir fenómenos secundarios sobre los aparatos digestivo y circulatorio

ALMATEINA

ALDEHIDO FORMICO Y HEMATOXILINA

El astringente ideal, porque al mismo tiempo ejerce una acción desinfectante de las materias fecales.

USO. — Se recomienda en todas las formas diarréicas, estivas, infecciosas, enterocolitis muco-membranosas, gastro-enteritis, disenterías, diarrea verde de los lactantes, diarreas de los tuberculosos, etc.

Dósis: para adultos de 4-6 comprimidos, diariamente, para niños en forma de jarabe.

SOLICITE MUESTRAS A NUESTRA OFICINA EN LIMA – APARTADO 121

PRODUCTO DE

LEPETIT FARMACEUTICI - MILAN

LEPETIT FARMACEUTICI - MILANO

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

En el tratamiento de las infecciones gonococicas debe considerarse en primer lugar a la

Stomosina

antigonocócica

El más eficáz de los preparados biológicos.

Es superior a las vacunas por la atoxicidad y la constancia en la acción curativa.

Es eficacísima en todas las formas de gonococia, aguda y subagudas; en las uretritis gonocócicas agudas y en sus complicaciones extrauretrales: orquitis, epididimitis, artritis, anexitis, bartolinitis, endocervicitis agudas y subagudas sobre las que ejerce una acción resolutiva.

En las formas crónicas.

Posología: inyecciones intramusculares, diarias a dosis progresivamente crecientes, de una ampolla, una y media y dos ampollas, según la reacción.

PREPARADO DEL

ISTITUTO BIOCHIMICO ITALIANO

CONTROLADO Y GARANTIZADO POR EL GOBIERNO ITALIANO

Solicite muestras: Oficina en Lima. Apartado 121

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA MEDICA PERUANA

AÑO II LIMA 1o. DE FEBRERO DE 1930 No. 5

EDITORIAL

Cuando por algún motivo ha menester referirse a la enseñanza de las ciencias médicas, se tiene casi preconcebido el concepto de que ello se refiere únicamente a lo que se hace o se debe hacer dentro de aulas, clínicas y gabinetes, y en todos aquellos lugares por los que, por obligación fundamental, debe pasar todo aquel que premunido de una vocación precisa, aspira a la obtención del título que ha de garantizarle legalmente en el ejercicio de la profesión. Pero se olvida generalmente que fuera de ese sector puede, o por mejor decir, debe, hacerse referencia a otra faz de la enseñanza que no compite exclusivamente a la organización básica de nuestras disciplinas: la Facultad.

El médico consciente de su deber humano, de su magnífico papel social, está tácitamente obligado a aprender constantemente; debe ser el estudioso constante y abnegado, para quien cada libro es una sucesión de hechos que hacen meditar y que impelen a comprobar; y cada hecho que sorprende en la sucesión de enfermos que revisa cada día, la inducción de una idea y la incitación a una nueva investigación.

La idea de aprendizaje lleva implícita la idea de enseñanza. En el aprendizaje no existe, no puede existir, aquella autonomía de que se ufanan los que elevan el concepto de si mismos, hasta afirmar su autoformación científica. Es posible que en algunas oportunidades, en casos singulares, la pujanza del esfuerzo propio, la concentración de las propias ideas, la exhuberancia de las obras concebidas y practicadas dentro de los linderos del propio egoísmo, sean capaces para constituír

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

una personalidad, ante la cual no se traduce la influencia tangible de los maestros; pero seguramente un estudio detenido de la obra, reflejo de su creador, descubre la existencia de un fondo o de un impulso resultante de fuerzas anteriores.

En el sentido general, el self-man, el hombre que se forma solo, es aceptable en el sentido de la capacidad para extraer del ambiente social, la parte que la sabia selección hace indispensable para el triunfo ascencional; pero en tales casos la auto-formación ha ido acompañada de una serie de enseñanzas cogidas indistintamente; de la palabra convincente de un orador, de la máxima sabiamente inserta en el ángulo de un diario, del ejemplo adornado con el colorido de una narración histórica o del consejo austero del padre o la insinuación cariñosa de la madre.

En el caso particular del médico que cree haberse hecho sólo, existe sobre la vocación inicial, surgida de la figura bondadosa del facultativo que consoló alguna vez el hogar, cuando pequeños, o en la fantasía de una vida cómoda y plena de satisfacciones, la iniciación al amparo de la experiencia de los más antiguos y la afirmación categórica expresada en textos que al marcar las normas, abren las puertas de la curiosidad científica a los más amplios terrenos de la investigación. Labor que es sólo de Maestros.

Pero se crea o no, hechura propia, el médico es el estudiante continuo, que dispone de dos grandes fuentes de enseñanza: la experiencia propia, el fruto de su contacto con la Naturaleza misma; y la experiencia ajena, expresión indirecta de la Vida. Tres notabilidades francesas afirman en común, que para la enseñanza médica se impone muy particularmente una distinción entre la científica propiamente dicha, "que aborda y trata de resolver los grandes problemas de la Vida" y la práctica "que tiene por objeto definir, exponer y precisar las aplicaciones de los conocimientos adquiridos por la investigación científica". Pero sobre la teoría de esta dualidad se impone un concepto de interdependencia. No es posible señalar una división tácita entre la explicación de lo concebido y la demostración de lo hecho. La mayoría de los médicos, porque es solo una minoría, en nuestro país como en cualquier otro, la que se alberga en los grandes centros de investigación, recibe las concepciones de los profesores e investigadores extranjeros y acepta o rechaza casi a priori la deducción de las prácticas de aquellos. Abandonados a la creencia de una inferioridad invencible, no tan real como pregonada, dejamos hacer, en el mejor de los casos, sin pretender colaborar en los trabajos que unos cuantos esforzados se imponen.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Felizmente se inicia ya una corriente de mutuo entendimiento. Hay a cada paso la traducción de un deseo de investigar, y de volcar con desinterés, propio, de almas superiores, todo el cúmulo de lo adquirido sobre los grupos cada vez más numerosos de médicos que cultivan aquel difícil arte de aprender. Y al viejo sistema de aprender lo q' dicen los extraños, se agrega hoy la nueva fórmula: enseñarnos los unos a los otros las realidades médicas nuestras, frutos de nuestro propio esfuerzo, etapas crecientes de nuestra progresión; y exhibir la capacidad médica nacional en su caracter de original y productiva. Ayudar a esta labor fué nuestro propósito al iniciarnos en esta publicación y al abrigo de la más efusiva y valiosa acogida, comprometedora de nuestra más profunda gratitud, renovamos nuestro propósito y afirmamos nuestra voluntad.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

FORMAS CLINICAS DE LA TUBERCULOSIS DEL APARATO PULMONAR

SEGUNDA PARTE

Por el Prof. Dr. Max. González Olaechea

CLASIFICACION DE LA TUBERCULOSIS DE ASCHOFF Y NICOL

Conocida la clasificación del Prof. Bard, debemos exponer aunque sea someramente, otra de las clasificaciones conocidas, o sea la de Aschoff y Nicol, para efecto de compararlas y poder preferir una u otra.

Pero antes de hacerlo debemos conocer a grandes rasgos la concepción alemana de Ranke sobre la evolución general de la tuberculosis, el que considera tres fases en la evolución de la tuberculosis.

La primera fase de **primo-infección,** aceptada también por la escuela francesa, está caracterizada por el complejo primario o sea: chancro de inoculación de Küss y la reacción ganglionar correspondiente; que lo general es que el primero se localice en el pulmón y la segunda en los ganglios tráqueo-brónquicos. La lesión tuberculosa puede detenerse en este estado por enquistamiento y calcificación del foco pulmonar; en caso contrario pasa al segundo período.

La segunda fase de **hipersensibilidad y generalización** se produce en la infancia o adolescencia, por la vía sanguínea generalmente. El agente tuberculoso se implanta en diversos órganos, en los que se observan fenómenos congestivos o inflamatorios no específicos, no acusando fenómenos generales. Es, pues, un período de hipersensibilidad.

La tercera fase de **inmunidad relativa** y de **localización de las lesiones** como en la tuberculosis pulmonar crónica del adulto; éste período de inmunidad relativa que se manifiesta por la poca aptitud del agente patógeno para crear nuevos focos evolutivos en otros órganos; pero hay hipersensibilidad general que se manifiestan por fiebre, sudores, taquicardia, enflaquecimiento, etc. En este período la inyección de tuberculina da una reacción local mínima o nula y una reacción general intensa, lo contrario de lo que pasa en las dos anteriores fases.

Según Ranke la extensión del proceso tuberculoso se hace al estado de primo-infección por la vía linfática y por vecindad; en la fase de generalización se verifica por todas las vías: sanguínea, linfática, bronquial y por contacto predominando el primer modo; en la tercera fase o de **tisis crónica** la propagación se hace por la vía brónquica

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

y por continuidad. Ranke piensa que la tuberculosis del adulto, debe ser considerada como la reactivación de los focos metastáticos del segundo período. No cree sino eventualmente que la infección o reinfección en haga por la vía aérea como piensa Aschoff.

La escuela alemana con Aschoff, dividen las lesiones tuberculosas en: **productivas** o sea el folículo tuberculoso, y **exudativas** o sea tratándose de localización en el pulmón, las **bronco-alveolitis bacilares**.

Aschoff y Nicol establecen la clasificación en la siguiente forma:

I.—Formas broncógenas. . . . . .
- **FORMAS PRODUCTIVAS**
  - **Acino-nodulares**
  - **Nodo-cirrótica**
  - **Cirro-nodular**
  - **Cirrótica**
- **FORMAS EXUDATIVAS**
  - **Focos bronconeumónicos lobulares**
  - **" " lobares.**

II.—Formas hematógenas . . . . . .
- **FORMAS INTERSTICIALES**
  - **Forma productiva**
  - **" " y exudativa**
  - **(Complicación)**
- **FORMAS INTRA-ACINOSAS**
  - **productiva**
  - **exudativa**
  - **por excreción**

El primer grupo está constituído por las formas broncógenas, así denominado porque la penetración del bacilo se haría solo por los bronquios. Comprende dos sub-grupos: el de las formas **productivas** y el de las **exudativas**. En las formas productivas consideran las siguientes: **acino-nodular, nodo-cirrótica y cirrótica;** significando la primera denominación que el tubérculo se implanta en los acini pulmonares, y las otras la proporción en que se encuentra el elemento caseoso y el fibroso.

Este grupo se puede equiparar con el de las formas fibro-caseosas y fibrosas de Bard.

Las formas **exudativas** comprenden la de **focos bronco-neumónicos lobulares y lobares,** que corresponden a las formas de tisis galopante, bronco-neumonía tuberculosa y neumonía caseosa de la clasificación de Bard.

El segundo grupo de la clasificación alemana es el de las formas **hematógenas** así denominado porque el agente patógeno es vehiculado por la sangre. Comprende dos sub-grupos: **formas intersticiales y formas intra-acinosas**. El primero se denomina así por desarrollarse la granulación tuberculosa en el tejido intersticial del pulmón; y el segundo por localizarse hacia el interior de los acini.

Las formas **intersticiales** comprenden dos especies: la forma **pro-**

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ductiva o folicular que es equivalente a la forma granúlica de Bard y la **productiva y exudativa** como complicación, que no es considerada por éste.

Las formas **hematógenas intra-acinosas** por excreción, que se producen por emigración del agente tuberculoso hacia los acini, dando lugar a un proceso productivo sólo, o productivo y exudativo. Esta forma intra-acinosa que tiene caracteres clínicos y radiológicos perfectamente individualizados, no es considerada por Bard en su clasificación.

Expuestas las clasificaciones de Bard y Aschoff, fácil es darse cuenta de que ninguna de las dos satisfacen ampliamente al clínico; la primera por tener especies de más y también de menos; la segunda por ser demasiado sintética y pasar por alto algunas especies clínicas.

El mismo Bard comprende que la clasificación no está terminada y tiene en cuenta que hay casos clínicos que tienen concomitancia con la tuberculosis, sin que su localización real pueda ser precisada, por lo que ha agregado a su clasificación un grupo de **formas de espera** en el que considera las **septicemias bacilares** en el que está comprendido la **tifo-bacilosis de Landouzy;** los **estados bacilares crónicos de Burnand,** que son bacilares sub-febriles sin localización definida; y las **tuberculosis cerradas.**

En la clasificación de Bard hay algunas formas que creemos están demás, tales son:

La **cavitaria localizada ulcerosa.** Esta forma debe ser considerada como una complicación que se presenta en las cavernas que se forman en el curso de la evolución de las tuberculosis fibro-caseosas, y es debida a la implantación en las paredes de la cavidad, de agentes microbianos de acción fagedénica.

La **cavitaria localizada estacionaria** es un modo de terminación de las cavernas fraguadas en ciertas tuberculosis caseo-fibrosas o mejor fibro-caseosas a predominio fibroso.

La **úlcero fibrosa caquectizante** debe ser considerada como un episodio que puede observarse en los finales de la tuberculosis fibrosa densa.

Bard quiere considerar en el grupo de las tuberculosis post-pléuricas, una especie más o sea: **formas a lesiones pulmonares autónomas,** teniendo en cuenta aquellos casos en que el proceso evoluciona iniciándose en el parénquima pulmonar. Pero considerarlas en este grupo es ilógico, pues, no son post-pléuricas verdaderamente; tal vez esto se subsanaría cambiando la denominación de post-pléuricas por la de **pleuro-acinosas o pleuro-parenquimatosas,** así no se prejuzgaría ni sobre el sitio de iniciación, ni sobre la extensión de la lesión en el parénquima pulmonar, que puede estar más o menos coprometido en profundidad.

Debe agregarse al grupo de las **granulias,** la **granulia crónica o granulia fría de Burnand y Sayé,** que se presenta en los individuos de antecedentes tuberculosos, propagándose el agente bacilar por la vía linfática, evolucionando en apirexia, con hemoptisis, signos acústicos discretos en los vértices, macicéz, algunos estertores y aún imágen radiográfica con pequeños nódulos en el campo, o bajo la forma de un velo difuso cuando hay conglomeración de granulaciones. Los bacilos son raros o pueden faltar en la expectoración. La evolución es len-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ta con poussées subagudos; puede terminar por curación o pasar a otras formas, la fibrosa con frecuencia. Sayé (de Barcelona), la engloba por esta razón en el grupo de la tuberculosis fibrosas de su clasificación.

Es necesario agregar a la clasificación francesa, las formas granúlicas intra-acinosas por excreción de la clasificación alemana, o sean: la **forma acinosa productiva y la forma acinosa exudativa** no considerada en la clasificación francesa.

Estas formas tienen caracteres típicos: clínicos y radiológicos, pues, a los signos generales de las granulias, como son: fiebre, disnea, cianosis etc., se destacan los signos locales. A la auscultación se perciben estertores finos difundidos en todo el campo pulmonar; la investigación bateriológica del esputo puede ser negativa en la forma exudativa, pero es positiva en la forma productiva.

La imágen radiográfica se revela por nódulos pequeños del tamaño de una cabeza de alfiler o un poco mayores, repartidos simétricamente en el campo pulmonar.

Estas últimas formas de la clasificación alemana, no podrían ser consideradas entre las granulias de la clasificación francesa, pues, éstas están incluídas en el grupo de las formas intersticiales; y aquellas son intra-acinosas. Esta circunstancia haría necesario el cambio de denominación del grupo.

Llama la atención que en la clasificación de Bard no haya un grupo de la tuberculosis pleural. Esta serosa está tan íntimamente ligada al pulmón, que no hay motivo para hacer abstracción de ella, con tanta mayor razón, cuanto que la tuberculosis de la pleura puede dar lugar a diferentes formas de tuberculosis pulmonar.

En cuanto a la clasificación alemana, aún cuando sus fundamentos etiopatogénicos son buenos, resulta demasiado condensada. Así: en las **formas productivas acinosas,** no hay sitio para la **tuberculosis abortiva** de Bard, que es aceptada por un gran número de clínicos.

En las formas intersticiales (granúlicas), no se considera a la **granulia** fría o crónica de Burnand y Sayé.

La clasificación de Aschoff no admite las formas de tuberculosis bronquial; las formas **post-pléuricas** y tampoco las **pléuricas** olvidadas en la clasificación de Bard.

Ya se ha dicho que tiene el mérito de considerar las formas granúlicas acinosas: **productiva y exudativa** no considerada en la clasificación francesa.

Como se vé, ninguna de las dos principales clasificaciones conocidas de que nos hemos ocupado, satisface ampliamente; pero si consideramos que la clasificación de Bard, no obstante los defectos señalados, se adapta más a las realidades de la clínica, es a ella a la que debemos inclinarnos, adoptándola provisoriamente, como yá lo habíamos hecho antes, siguiendo a nuestro distinguido colega Dr. Corvetto.

Se hace pues indispensable un acuerdo internacional entre los tisiólogos, para efecto de formular una nueva clasificación bien fundamentada, que pueda comprender todas las variedades clínicas de tuberculosis del aparato respiratorio, así se evitaría la aparición de nuevas claficaciones personales, que vendrían a aumentar el contingente de las existentes, que ya es bastante numeroso. Esta es la razón por la que no nos atrevemos a formular una más.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

EL LIPIODOL EN LAS COMPRENSIONES MEDULARES

Por el Dr. Mauricio Dávila

En la medicina actual el uso del lipiodol no es una novedad. Hace ya algunos años que se emplea en terapéutica, pero sus aplicaciones se han ido ampliando y hace poco ha comenzado a ser utilizado en los rayos X y, algunas veces, con fines diagnósticos. Desde 1927 venimos estudiándolo en las comprensiones tumorales de la médula espinal y opinamos que es un buen apoyo para los diagnósticos clínicos de éstas afecciones y que no debe ser puesto de lado.

PROPIEDADES FISICAS DEL LIPIODOL

El lipiodol es una sustancia densa y viscosa, resulta de la combinación de un aceite vegetal con el yodo, en la proporción de 40 por ciento. Introducido en los tejidos: músculos, tejido celular subcutáneo o en contacto con las mucosas de las diversas cavidades del organismo, no determina ningún fenómeno irritativo, es completamente inofensivo; los tejidos lo rodean, lo aislan como si fuera una sustancia inerte y lo van eliminando poco a poco con una enorme lentitud. La combinación de las dos sustancias es tan íntima que el yodo no actúa como sustancia libre apesar de la fuerte proporción en que se encuentra. Los tejidos más nobles y más delicados como son los tejidos nerviosos no experimentan sino muy ligeras reacciones.

El lipiodol fresco presenta un color amarillo ambarino. Así debe usarse. Cuando es antiguo, cuando ha estado guardado mucho tiempo, se altera, una pequeña parte de yodo se pone libertad y toma un color gris oscuro. En esta forma debe rechazarse, el yodo en libertad que contiene, lo ha hecho peligroso.

Es muy denso por la alta proporción de yodo que contiene, por ello también es impenetrable a los rayos X dando una sombra muy nítida más que ninguna de las otras sustancias usadas asimismo en los ra-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

yos X, colargol y yoduro de sodio (1). En las cavidades en que se inyecta su fuerte densidad lo lleva a las porciones inferiores tal como se observa cuando se introduce en los bronquios y en el espacio subaracnoideo.

En la actualidad son muchas sus aplicaciones terapéuticas, pero las cualidades físicas que hemos indicado lo hacen inapreciable en radiología. Para investigar ciertas cavidades del organismo, transparentes a los rayos X, es insustituíble. Con el Lipiodol son visibles el espacio subaracnoideo, el espacio epidural, el conducto ependimario, la cavidad craneal, los bronquios, la cavidad uterina, el conducto de las trompas y aún los senos venosos de la cabeza. De poco tiempo a esta parte sus aplicaciones radiológicas han ido en aumento y seguramente que todavía no han llegado a su término.

Donde más nos ha interesado su aplicación es introducido en el canal raquídeo, o mejor dicho, el método diagnóstico de Sicard. En el hospital "Dos de Mayo" lo hemos empleado en varios enfermos en compañía del doctor Carlos Brignardello. En el hospital "Arzobispo Loayza" el doctor Oscar Soto, Jefe del Pabellón de Radiología, lo emplea también y con él hemos tenido oportunidad de aplicarlo en uno de los enfermos que citamos.

La técnica del lipiodol intrarraquídeo es sencilla y esta misma sencillez la pone al alcance de todos. Ahora, si nos damos cuenta de los numerosos casos de afecciones medulares, muchas de tipo comprensivo, que se observan en los diversos servicios de los hospitales, podremos valorar su importancia, en relación a los inmensos beneficios que aporta a esta clase de enfermos. Operar a tiempo a un enfermo de paraplejía por tumor medular es devolverlo a la vida que de otra manera está irremediablemente perdida.

Si hay algo que ofrece temores en esta técnica son las punciones raquídeas que tienen que ser altas; en efecto, el lipiodol debe ser colocado en la parte más alta del espacio subaracnoideo para verlo descender, y esto no se consigue sino con las punciones cervicales, o mejor, con la punción sub-occipital o de la cisterna magna. Es esta la que emplean de preferencia Sicard y Forestier y buen número de investigadores. Nadie ignora la vecindad del bulbo con el espacio occipito-atloideo, vecindad que inspira serios temores a los prácticos, sin embargo, la distancia que media entre el ligamento atloideo-occipital y el bulbo es de 1 y 1|2 a 2 cm., espacio bastante amplio para dejar maniobrar cómodamente, sin peligro de herir el bulbo. De modo que, hecha la punción con serenidad y siguiendo una técnica rigurosa resulta, no solamente inócua, sino fácil.

También se emplean punciones más bajas, en la columna dorsal y lumbar, esto depende de diversos factores entre los cuales el principal es la voluntad del paciente.

TECNICA DE LA PUNCION SUB-OCCIPITAL

Veamos cuál es la técnica de la punción sub-occipital. Se rasura el pelo en una porción de la nuca, se coloca al enfermo sentado cómodamente, la ca-

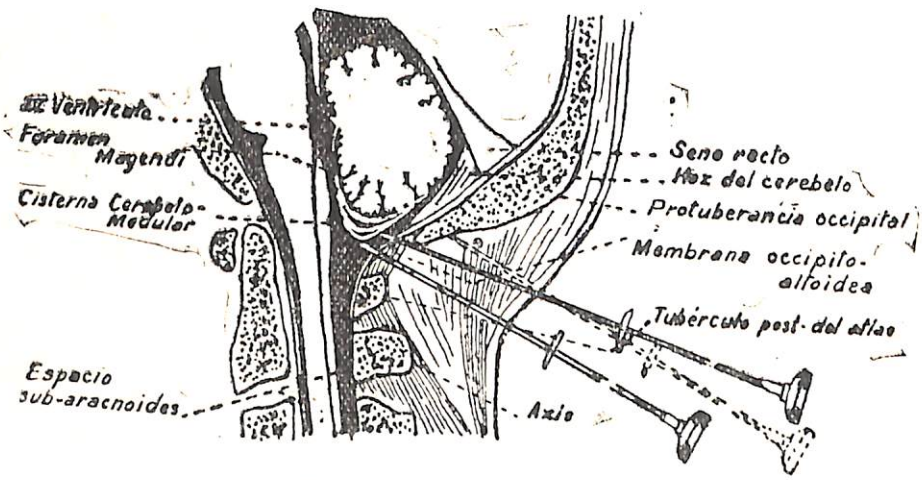
1).—Nos referimos desde luego a las sales de bario y bismuto cuyos usos en radiología son bien conocidos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

beza ligeramente inclinada hacia adelante, apoyada firmemente sobre el hombro de un ayudante, o en cambio, apoyando uno de los lados del tronco contra una hilera de almohadas, procurando que la cabeza conserve la verticalidad. Puede también practicarse esta punción estando el sujeto echado, pero la posición que hemos indicado es la mejor.

Se reparan enseguida las protuberancias occipital externa y la apofisis espinosa del axis, eminencias óseas bien salientes, fáciles de encontrar. En el punto medio de la línea de unión se introduce la aguja —aguja corriente de punción raquídea— perpendicularmente a la superficie de la piel y en la línea media. Cuando el enfermo es muy tímido se puede ir anestesiando los tejidos a medida que se introduce la aguja, con una solución de novocaína que se inyecta con una jeringuita de dos centímetros adaptada al extremo libre de la aguja. Si el enfermo soporta el dolor que no es muy grande es preferible no anestesiar.

Dirigida la aguja perpendicularmente a la superficie de la piel, y bien en la línea media, dirección que no debe abandonar por ningún motivo, se va atra-



Técnica de la función sub-occipital.

Cortesía Therapeuti

vezando los diferentes planos superficiales y profundos hasta tocar una superficie dura, es el hueso. La aguja generalmente choca con el hueso occipital en las proximidades de su agujero, indicando que se está cerca de la zona que se busca. Es este un reparo magnífico, que no debe faltar nunca, aunque para encontrarlo sea necesario inclinar ligeramente hacia abajo el extremo libre de la aguja.

Llegado este momento se reemplaza la jeringuita que contiene solución de novocaína con otra que contenga suero fisiológico, se endereza la aguja y se continúa introduciéndola, siempre lentamente, e inyectando décimas de suero fisiológico para mantener permeable la aguja, hasta el momento en que se siente atravezar una membrana dura y tensa. Es el ligamento occipito-atloideo. El líquido céfalo-raquídeo debe aparecer, pues se ha llegado a la gran cisterna. Cuando demora en aparecer se inyecta suero fisiológico para estar seguro de la permeabilidad de la aguja. Solo que la aguja no haya llegado al espacio que se busca, por mala maniobra, entonces el líquido raquídeo no sale y hay que comenzar de nuevo. No conviene nunca insistir en continuar introduciéndola.

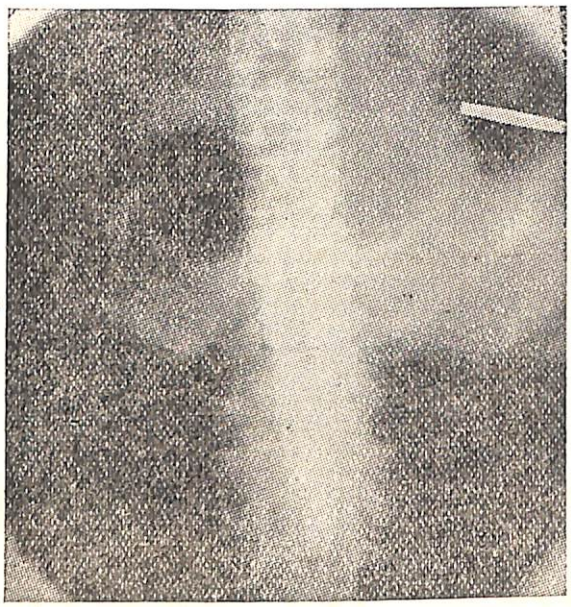
Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

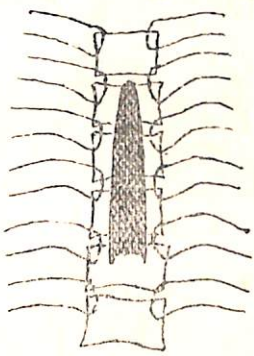
Uno de los peligros que puede haber es lesionar uno de los vasos cuando se está en la cisterna. El bulbo es difícil de tocar porque la dirección de la aguja es hacia arriba y lo más que se puede herir es el cerebelo cosa que no trae consecuencias, cuando es apenas tocado. Con todo, esto nunca sucede si no se introduce la aguja más allá del ligamento occípito-atloideo, ni, por término medio, más de 6 cm.

Para esta punción, más que para ninguna otra es conveniente contar con la confianza del enfermo.

De las demás punciones nada tenemos que decir, ellas no difieren casi de la punción lumbar corriente. En las cervicales la punción debe ser hecha en la línea media, introduciendo la aguja muy lentamente, atentos a la primera sensación que acuse el enfermo y a la permeabilidad de la aguja.

Nos ha pasado alguna vez tocar ligeramente la médula o una de sus raíces, no lo sabemos, el enfermo manifestó un hormigueo que corría del hombro





Lipiopol a la altura de 10a. vert. dorsal. Caso No. 1

hacia la mano del brazo derecho, retirada la aguja uno o dos milímetros desaparece esta sensación y sale el líquido céfalo-raquídeo.

La práctica de las punciones sub-occipitales y cervicales ha hecho conocer algunos detalles útiles, de los que nos hablan los autores experimentados en estas técnicas. Cuando se ha hecho una punción a cualquier altura de la médula, con buena técnica y se está seguro de haber llegado al espacio que se busca sin obtener salida del líquido céfalo-raquídeo, no se debe sacar la aguja sin antes haber hecho las siguientes maniobras:

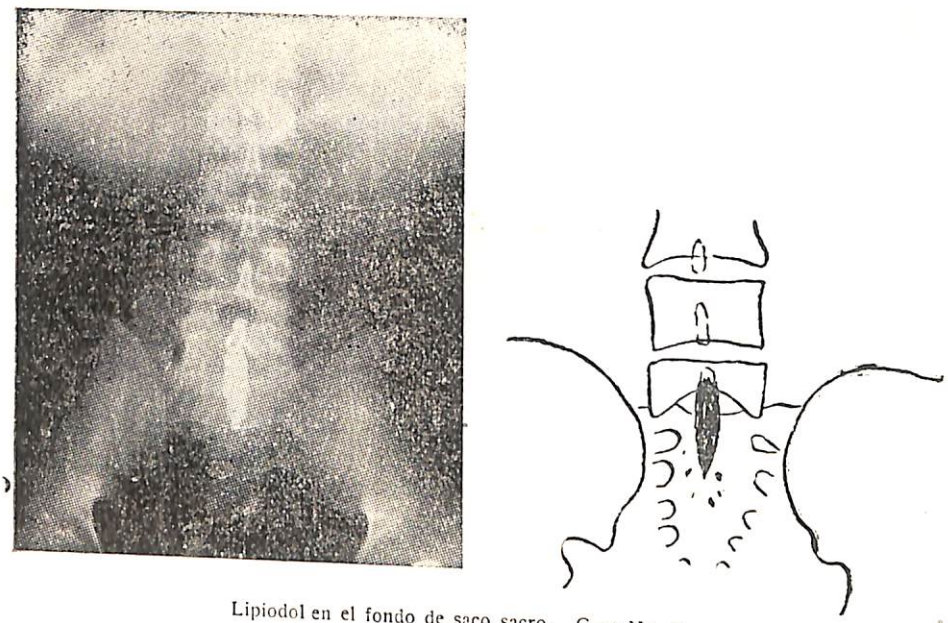
1º.—Convencerse de la permeabilidad de la aguja inyectando varias veces pequeñas cantidades de suero fisiológico;

2º.—Dar varias vueltas a la aguja alrededor de sí misma, dejando trascurrir algunos segundos entre una vuelta y otra, repitiendo la maniobra después de introducirla o retirarla algunos milímetros y;

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

3º.—Hacer la compresión de las venas yugulares en el cuello, para aumentar la tensión en el líquido céfalo-raquídeo, maniobra que es mucho más efectiva que obligar al enfermo a toser.

La indicación de las punciones altas seguidas de inyecciones de lipiodol las dan algunas afecciones de la médula, principalmente las paraplejías de tipo comprensivo. La punción sub-occipital es la más empleada, tanto por Sicard como por los autores americanos, cualquiera que sea la altura de la médula donde se encuentra la afección. Si se quiere estar más seguro del exámen del espacio sub-aracnoideo, entonces, además de la punción indicada hay que inyectar el lipiodol por la vía lumbar.



Lipiodol en el fondo de saco sacro. Caso No. 2

REQUISITOS INDISPENSABLES ANTES DE LA INYECCION DEL LIPIODOL

,Pero, ¿en qué momento debemos poner en práctica el lipio-diagnóstico frente a un enfermo?. Desde luego, ya lo hemos dicho, se aplica el método en diversas afecciones de la médula, pero de preferencia cuando se trata de paraplejías por comprensión tumoral y, en estos mismos casos la prueba dá mayor éxito si es que antes se llenan algunos requisitos complementarios, que podemos resumir brevemente:

1º.—Examen completo del enfermo, preferentemente del lado nervioso. Se evita de esta manera algunos errores que el lipio-diagnóstico no va a aclarar. Además, el diagnóstico no debe apoyarse exclusivamente en la prueba del lipiodol, porque hay que tener en cuenta que esta puede ser negativa.

2º.—Examen radiográfico de la columna vertebral de frente y de perfil, para estar seguro de la integridad de esta columna ósea.

3º.—La prueba de Queckenstedt que suministra datos de mucho valor so-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

bre la existencia de un bloqueo raquídeo; una punción alta por encima de la lesión, para comparar los resultados con la prueba anterior; o mejor, si es posible, la punción combinada de Ayer.

4º.—Conocer la disociación albúmino-citológica, por el examen cito-químico del líquido céfalo-raquídeo, aparte de observar si existe o no el sindrome de Froin.

5º.—La prueba de lipiodol no debe practicarse cuando se ha extraído algunos centímetros del líquido céfalo-raquídeo, sino después de tres o cuatro días, de lo contrario queda sujeta a error.

6º.—La prueba de Sicard debe hacerse en último término cuando todas las investigaciones que el caso clínico requiere han sido llevadas a cabo. En caso de intervención quirúrgica, el paciente debe estar en condiciones de ser operado pocos días después de la prueba. El lipiodol despierta en contacto con las meninges un ligero proceso de aracnoiditis que se acentúa con el tiempo, favorece la unión de las meninges al tumor, cuando este es intradural y hace más difícil su enucleación, Babinski y Jarkowski describen un caso de esta naturaleza (2).

Lipiodol a la altura de la 10a. vert. dorsal. Caso No. 5

INYECCION DE LIPIODOL

Preparado el paciente de esta manera se realiza la punción lumbar alta en el punto más adecuado, se dejan salir algunas gotas de líquido céfalo-raquídeo, se adapta una jeringuilla que ha sido previamente cargada con lipiodol y se inyecta suavemente uno y medio a dos centímetros. Si se observa luego a la pantalla se ve que el lipiodol se reune en forma de gota y comienza a descender inmediatamente después de inyectado. Sicard y Haguenau, que han practicado muchas de estas observaciones señalan que con alguna frecuencia,

2).—Henri Roger: Les épreuves lipiodolées sous-aracnoidienne et epidurale de Sicard. PARIS MEDICAL. 1925. Nº. 4 p. 84.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

uno por veinte, el lipiodol inyectado en la gran cisterna en lugar de descender queda detenido en el sitio de la inyección insinuándose en la fosa cerebelosa. Es este un incidente desagradable, que no entraña ningún peligro, pero hace necesaria una nueva punción y una nueva inyección, lo que provoca resistencias de parte de los pacientes, sobre todo, si son tímidos o nerviosos. Por esta razón los autores citados preconizan, ya no la punción suboccipital, sino la punción "uno o dos segmentos más bajo lo que no expone nunca a tales inconvenientes". (3).

Inyectado el lipiodol por vía alta se mantiene al enfermo sentado durante todo el tiempo que dura la exploración y para facilitar el descenso de la sustancia se percute suavemente sobre las vértebras.

Si el lipiodol es inyectado por vía lumbar se coloca al enfermo en la posición de Trendelenburg, sirviéndose de una mesa radiológica especial, a fin de que efectúe un recorrido inverso del anterior. Esta vía se utiliza conjuntamente con la otra, o en cambio aisladamente, cuando se trata de enfermos tímidos, pusilánimes, que se oponen tenazmente a las punciones altas.

Lapiodol a la altura de la 10a. vert. dorsal. Radiografía de perfil. Caso. No. 5

CASOS OBSERVADOS

Nosotros nos hemos servido siempre de las punciones cervicales bajas. La primera que practicamos fué en diciembre de 1927. Se trataba del enfermo A. M., del servicio "Ernesto Odriozola", del Hospital "Dos de Mayo"; presentaba los síntomas de paraplejía espasmódica y en él habíamos hecho el diagnóstico de tumor medular. Una hora después de la inyección el lipiodol aparece en la radiografía detenido a nivel de la 10ª vértebra dorsal, de forma alargada, con una curva de concavidad inferior en su extremidad inferior. Los extremos aparecen afilados. Las radiografías tomadas posteriormente dibujan la misma sombra y en el mismo nivel; una parte del lipiodol ha pasado el obstáculo y se observa en el fondo de saco inferior. La operación confirmó la presencia de un tumor intradural a la altura indicada por el lipiodol.

2º. caso.—T. T., sala de San Juan de Dios, del mismo hospital. Paraplejía espasmódica con diagnóstico dudoso. Una hora después de la inyección el

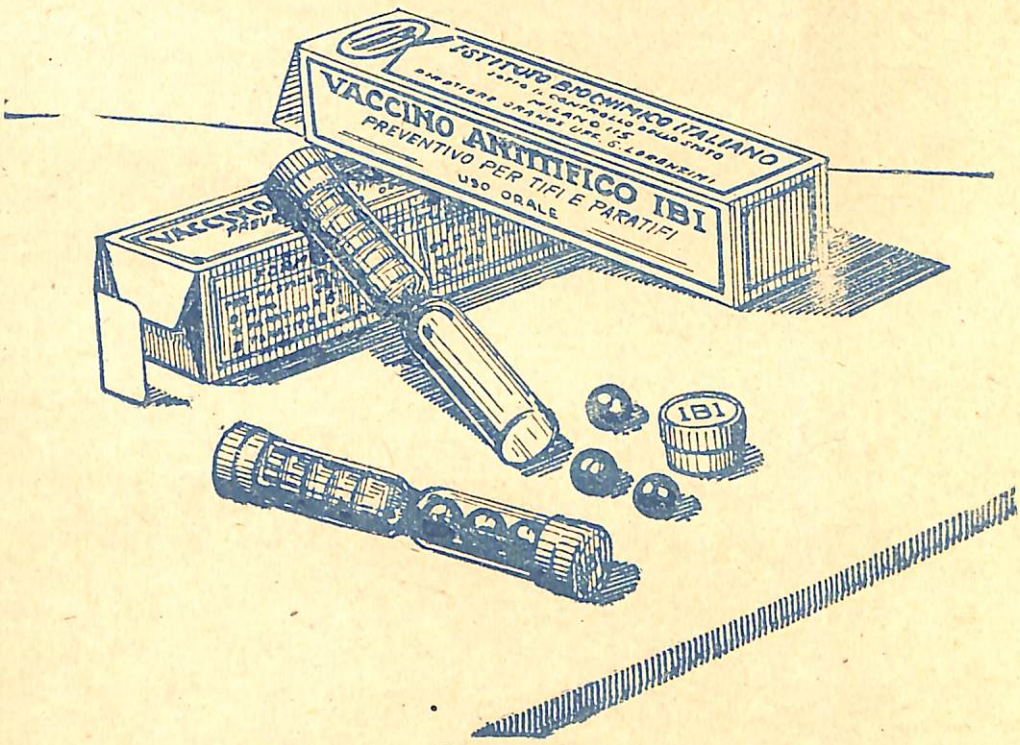
3).—J. A. Sicard et J. Haguenau: Radio-diagnostic lipiodolé rachi-medillaire et craneo-cérebral. PARIS MEDICAL. 1928. Nº. 5 p. 101.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Aconsejar la vacunación preventiva contra las infecciones tíficas y paratíficas es un deber del médico.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

LA VACUNA ANTITIFICA IBI



(Por vía oral)

Es el resultado de los estudios del Prof. Besredka, quien sosteniendo la teoría de la inmunidad local, satura las células receptoras del intestino, previamente sensibilizadas por la acción de la bilis, con cultivos muertos de gérmenes tíficos y paratíficos A y B, consiguiendo la inmunidad absoluta por un año.

Producto garantizado y controlado por el Gobierno Italiano

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

PORQUE SE DEBE PREFERIR LA VACUNA ANTITIFICA IBI, A CUALQUIERA OTRA:

Porque no tiene contraindicación de ninguna clase (Niños, ancianos, específicos).

Porque su dosificación es absoluta (210.000 gérmenes por dosis).

Porque su efecto es seguro manteniéndose la inmunidad asi conseguida, durante un año.

Porque no produce reacción y es tolerada perfectamente.

Porque la forma de su administración es sencilla.

Porque la capa queratinizada que recubre tanto las pildoras de bilis como los comprimidos de gérmenes aseguran su inatacabilidad por el jugo gástrico.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

FORMA DE ADMINISTRACION:

En ayunas se toma una pildora de bilis y media hora después tómese dos comprimidos de gérmenes.

A la hora de haber cumplido la prescripción anterior la persona puede tomar su alimentación habitual. De esta manera su vida no sufre alteración de ninguna clase.

Repítase la operación durante 3 días seguios.

ISTITUTO BIOCHIMICO ITALIANO

CONTROLADO Y GARANTIZADO POR EL GOBIERNO ITALIANO

Solicite muestras: Oficina en Lima Apartado 121

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

lipiodol aparece acumulado en su totalidad en el fondo del saco inferior. Realizada la intervención aparece una médula normal sin causa compresiva ninguna.

3er. caso.—D. C., sala de San José. Paraplejía espasmódica con diagnóstico de tumor medular. El lipiodol aparece detenido a nivel de la 2ª vértebra dorsal. El límite inferior de la sombra no es regular, ni cóncava, aparece escotado y deforme; la prueba no era satisfactoria. Hecha la operación se encuentra un absceso frío a la altura indicada por el lipiodol, originado por un Mal de Pott.

4º. caso.—V. V., sala Ernesto Odriozola, presenta una paraplejía espasmódica y nuestro diagnóstico es tumor medular. La prueba del lipiodol llevada a cabo como en los casos anteriores resultó negativa por haber equivocado el lipiodol. El enfermo no aceptó una nueva prueba, ni la intervención que le fué planteada.

5º. caso.—R. C., enferma particular del doctor Constantino Carvallo. Paraplejía espasmódica con diagnóstico de tumor medular, dudoso. El lipiodol es detenido a nivel de la 10ª. vértebra dorsal y allí se mantiene. La extremidad inferior dibuja una concavidad inferior con los extremos afilados. La operación confirma la presencia de un tumor extradural que comprime la médula.

De los casos relatados en dos el lipio-diagnóstico indica claramente obstáculo tumoral. La operación lo confirma. En el resto la prueba fué negativa o insuficiente, se procedió en estos casos de acuerdo sólo con la clínica y el laboratorio.

INTERPRETACION

La descripción de las pruebas referidas nos enseña que el lipiodol colocado en la parte superior del espacio subaracnoideo, por acción de su densidad comienza a descender y, unas veces, recorre todo este espacio de arriba abajo y otras se detiene. Normalmente, estando como está en un espacio libre se reune en forma de gota y recorre sin interrupción toda la altura del canal acumulándose en el fondo de saco dural a la altura de la 2ª vértebra sacra en donde toma lo más generalmente la forma de nabo. (Véase radiografía del caso Nº 2).

Cuando es detenido en su descenso hay alguna causa mecánica que suprime o disminuye la luz del conducto raquídeo y que dificulta su pasaje. Las alteraciones propias de la médula en si misma: esclerosis en placas, lesiones cordonales, pequeñas deformaciones; o las alteraciones poco avanzadas de las meninges, son insuficientes para estrechar la luz del conducto y no detienen nunca el progreso del lipiodol. Para éstas lesiones la prueba del lipiodol es inútil. Tampoco presta servicios en los casos de tumores incipientes sean intra o extra-durales, y menos aún, si son intramedulares.

Para conocer mejor los contornos del espacio subaracnoideo conviene observar el tránsito del lipiodol radioscópica y radiográficamente, tal como lo aconseja Sicard, tomando clichés en los puntos donde se produzcan deformaciones o detenciones apreciables. Si esta observación no es plenamente satisfactoria se impone la inyección por vía lumbar a fin de ver el recorrido del lipiodol en sentido contrario. Procediendo de esta manera y agregando a esta prueba los otros datos del "trípode biológico del diagnóstico", de que nos habla el mismo autor

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

(4), se pueden obtener diagnósticos bastantes precisos, en las lesiones tumorales, cuando producen solamente algias persistentes y bilaterales atribuibles a otras causas y cuando son perfectamente beneficiables de la intervención quirúrgica. De la misma manera pueden descubrirse tuberculosis vertebrales en sus primeros períodos, cuando son susceptibles de responder a un tratamiento bien dirigido.

Las lesiones que con más frecuencia detienen el tránsito del lipiodol son los tumores medulares. La imagen que dibujan es siempre bien definida y de caracteres propios. El lipiodol describe una curva de concavidad inferior, de contornos netos, tanto en la radiografía de frente como en la de perfil. También aparece detenida en otras afecciones, pero en éstas, las imágenes son diferentes y la mayor parte de las veces los contornos no son netos; así sucede en las paquimeningitis que dan una sombra de forma segmentada, con aspecto de peine; en las meningitis difusas en que aparece disociado, dando sombras irregulares; en los tumores intramedulares, en los que la sustancia se divide en dos segmentos colocados a uno y otro lado de la médula, etc.

Al lado de las detenciones reales originadas por obstáculos mecánicos, se producen detenciones falsas, el lipiodol aparece detenido a cualquiera altura de la columna vertebral, transitoria o permanentemente, sin que exista en realidad un obstáculo. Estas falsas detenciones dan lugar a graves errores pero felizmente no son muy frecuente. Las causas apenas se conocen, unas veces son errores de técnica, por ejemplo, cuando se inyecta el lipiodol y queda detenido en el sitio de la inyección, no debe tomarse en consideración, porque la inyección ha sido mal practicada. Para que la prueba adquiera todo su valor es condición indispensable que haya recorido un cierto espacio antes de detenerse. Otra causa de detención es el plegamiento de las meninges. Cuando se ha extraído algunos centímetros del líquido céfalo-raquídeo las meninges se plegan una contra otra y pueden detener el paso del lipiodol si es inyectado mientras se produce este fenómeno, por eso, es conveniente, no verificar nunca la prueba a los pocos días de esta maniobra, se debe esperar unos 3 ó 4 días.

Hay casos como los citados por L. Christophe en que la detención del lipiodol fué franca, los contornos de la radiografía netos, sin existir causa alguna de detención, así lo demostró la operación en la que aparece una médula libre sin adherencias, ni compresión alguna. (5). Estos son de los casos cuya causa es desconocida.

Como ya lo indicamos en un principio, los efectos que produce el lipiodol en contacto con los tejidos es casi nulo. En el canal raquídeo y en contacto con la médula apenas da lugar a algunas molestias. En todos los enfermos citados observamos una ligera febrícula que duró uno a dos días máximo, solo en uno de ellos la temperatura se elevó a 38º el día siguiente de la inyección. También produce un dolor algo acentuado en forma de cinturón, este dolor es mayor si el enfermo lo presenta desde antes de la prueba, parece que el lipiodol va a aumentar la comprensión de la médula en el sitio del tumor. En los dos enfermos de los que citamos que presentaron tumor, apareció bien marcado el dolor en cinturón que anotamos.

---

4).—J. A. Sicard: Las comprensiones medulares (tumores intraraquídeos). Tripode biológico del diagnóstico. MONDE MEDICAL, Año XXXVII. 1927. Nº. 756. p. 837.

5).—L. Christophe: Sur la valeur diagnostique d'un arret du lipiodol intrarachidien. REVOE NEUROLOGIQUE, 1927. Tomo II. 5 pág. 490.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

La reabsorción del lipiodol es muy lenta y requiere muchos meses para ser eliminado.

Resumiendo las ideas vertidas sobre esta prueba diremos que constituye un medio de diagnóstico útil que debe ser aplicado en todos los casos de paraplejías bilaterales y, principalmente, antes de toda intervención quirúrgica en que se va a extraer un tumor. Basta para justificar su aplicación el que reduzca al mínimo el traumatismo operatorio determinando con precisión el sitio y longitud de los tumores. No está libre de errores, la prueba de lipiodol así como los numerosos medios diagnósticos empleados en medicina, no son infalibles, ellos están siempre bajo el control del clínico que juzga de su valor en todos los casos.

J. A. Sicard et J. Forestier. Exploration radiologique par l'huile iodéee. LA PRESSE MEDICALE. 1923. 44 p. 493.

J. A. Sicard, J. Paraf et L. Laplane. Radio-diagnostic rachidien lipiodelé 85. p. 885.
Ponction atloide-occipitale et cervicale. LA PRESSE MEDICALE. 1923.

C. Vincent. Sur le diagnostic des neo-formations comprimant la moelle: de la valeur du lipiodol intra-aracchnoidien. LA PRESSE MEDICALE. 1924. 12. p. 123.

J. Froment et J. Dechaume. Radio-diagnostic rachidien lipiodolé et tumeur medullaires: interprétation des radiographies en séries. LA PRESSE MEDICALE. 1924. 16. p. 165.

J. A. Sicard et Haguenau: Etude critique de quelques méthodes de localisation des tumeurs cérébrales; l'encephalographie lipiodelée sinuso-veineuse. LA PRESSE MEDICALE. 1928. 10. p. 145.

H. Roger. Les épreuves lipiodolées sous-aracchnoidienne et épidurale de Sicard. Technique et images radiologiques. PARIS MEDICAL. 1925. 4. p. 81.

Henri Roger. Les épreuves lipiodolées sous aracchnoidiennes et épidurales de Sicard dans le diagnostic des lesions vertébro-meningo-médullaires. PARIS MEDICAL. 1925. 7. p. 145.

J. A. Sicard et J. Haguenau. Radio-diagnostic lipiodolé rachi-medullaire et crano-cérébral. PARIS MEDICAL. 1928. 5. p. 97.

J. A. Sicard et Forestier: Diagnostic et thérapeutique par le lipiodel. 1928. Obra.

Sicard et Haguenau. L'aspect "en dome" ou "en casque" on "en croissant" du lipiodol rachidies. REVUE NEUROLOGIQUE. 1928. T. 1. 1. pág. 109.

André Thomas et Villande: Tumeur extra-dure-mérienne de la región cervicale. Radiographie aprés injection de lipiodol. Ablation partialle. REVUE NEUROLOGIQUE. 1928. T. 1. 1. pág. 98.

MM. Sicard et Forestier: A propos des compressions rachidiennes et de l'epreuve lipiodolée. REVUE NEUROLOGIQUE. 1027. T. II. 5. pág. 490.

L. Christophe: Sur la valeur diagnostique d'un arret du lipiodol intrarachidien. REVUE NEUROLOGIQUE. 1927. T. II. 5. pág. 490.

J. A. Sicard: Las comprensiones medulares (tumores intrarraquídeos). Tripode biológico del diagnóstico. MONDE MEDICAL. Año XXXVIII. 1927. 756. pág. 837.

H. Lea Plaza et Raplan. Sur quatre cas de diognostic lipiodolé. **Revista médica de Chile.** 1929. LVII. 10. pág. 751.
de Chile. 1929. LVII. 10. pág. 751.

Alois M. Memmeshoimer. Die Technik und Anwendung der suboccipital oder Zisternenpunktion. Therapeutisch Berichte. 1929. 11. pág. 406.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

EL LUMINAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS EPILEPSIAS (1)

Por el Dr. Hermilio Valdizán

Las epilepsias "esenciales" continúan constituyendo —a despecho de nuestras adquisiciones en el campo de la enfermedad comicial— el mayor número de ellas y reclamando, por razón de su incógnita naturaleza, el viejo tratamiento sintomático encaminado a la supresión de las crísis convulsivas.

Desde este punto de vista de la terapia sintomática, disponemos en la actualidad de un excelente elemento en el **Luminal,** respecto a cuyos beneficios hemos publicado una breve nota en los extinguidos "Anales Hospitalarios" y hemos hecho una comunicación a la Sociedad Peruana de Psiquiatría, que tuvo a bien publicarlos en la "Revista" de la especialidad.

Los hechos se han encargado de ratificar nuestras opiniones optimistas: el Luminal ha continuado proporcionándonos excelentes resultados en el tratamiento de nuestros epilépticos, en quienes hemos logrado, con mayor prontitud y con mayor estabilidad que merced a curaciones sintomáticas análogas, la supresión de los justamente temidos "ataques", sin hacernos ilusiones respecto a la **curación** de la enfermedad, ilusiones que tampoco se ha forjado —dicho sea en homenaje a la verdad— la casa productora del Luminal.

La experiencia ha confirmado nuestra opinión en el sentido de la necesidad de establecer, respecto al Luminal, la dósis **personal** de cada enfermo, aquella indispensable para evitar el shok coloidoclásico: con la mayor discreción y siguiendo nuestro sistema de preferencia de las pequeñas dósis, hemos logrado reducir esta dósis, en buen número de sujetos adultos, de un peso variable alrededor de los 65 kilos, a la de tres centígramos diarios y aún a la mínima de centígramo y medio, que se

(*) Con el presente trabajo iniciamos la publicación de una serie de escritos inéditos del Profesor desaparecido.

El presente representa una transcripción de una comunicaión al Primer Congreso Nacional de Medicina de Lima.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

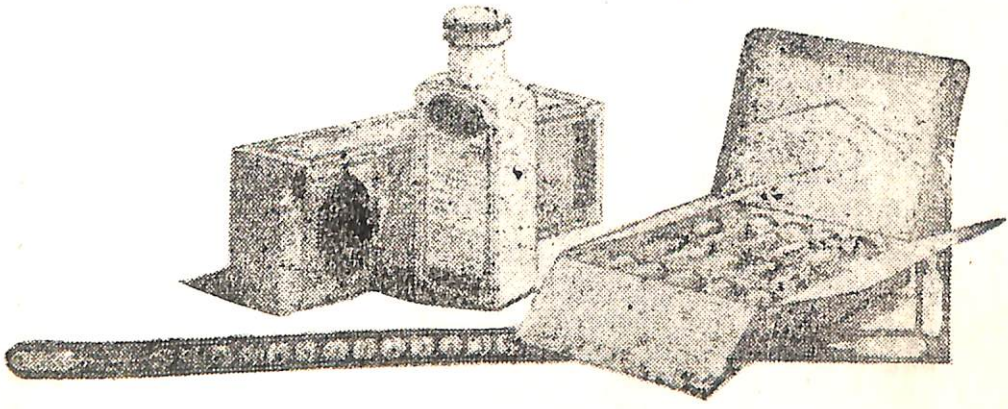
NUCLEOSYL

nucleínato doble de manganeso y de calcio
Recalcificante completamente asimilable

Es el reconstituyente más indicado para aumentar las resistencias del organismo contra la infección tuberculosa, dada la acción estimulante del manganeso y de la nucleína sobre los procesos inmunitarios y la acción remineralizante del calcio.

El mejoramiento de la hematopoyesis, el aumento de peso, la recuperación del apetito y de las energías, la desaparición de las pequeñas alzas de temperatura en las tardes, están entre los efectos inmediatos del tratamiento, que excita todos los poderes defensivos del organismo.

Posología: por vía oral, dos comprimidos antes de cada comida; por vía hipodérmica, una inyección diariamente.



Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

LEPETIT FARMACEUTICI MILANO

IPNOTAL

ACIDO DIETILBARBITURICO

en tubos de 10 comprimidos de 0,50 gramos

Entre los hipnóticos el IPNOTAL es el mejor tolerado por los aparatos digestivo, circulatorio y nervioso Provoca un sueño tranquilo y normal; actúa no solo en los casos de sobre excitación psíquica sino en el insomnio producido por los dolores físicos.

INDICACIONES Y POSOLOGIA	
Insomnio simple	1 comprimido en la noche, antes de acostarse.
Estados de agitación nerviosa	2 comprimidos durante la noche.
Algias y dolores físicos.	1 comprimido en las noches.

PRODUCTOS DE

LEPETIT FARMACEUTICI
MILAN

Solicite muestras: Oficina en Lima. Apartado 121

LEPETIT FARMACEUTICI MILANO

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

halla en las **Luminaletas.** Insinuamos la adopción de esta posología mínima del excelente producto.

Más aún: en algunos casos en que las dósis fuertes de Luminal habían fracasado, tal vez por el hecho de agregación de la intoxicación terapéutica agregada a las autointoxicaciones del sujeto, hemos logrado el beneficio de supresión de las crísis convulsivas mediante la adopción de las dósis pequeñas, que no vacilamos en recomendar.

La tolerancia por el Luminal es habitualmente muy considerable: sólo hemos observado cuatro casos en más de cuatrocientos en los que una dosis de tres centigramos diarios del medicamento ha provocado en los sujetos somnolencia diurna muy molesta y un estado miastenia muy acentuada. En cambio, son muy numerosos los enfermos que, desde cinco años, toman el luminal, a dosis que oscilan entre los cinco y los treinta centigramos por día sin experimentar la menor molestia.

Conforme lo hemos manifestado en las oportunidades anteriores en que nos hemos ocupado del Luminal, su eficacia no es obsoluta, ni aún como medicación sintomática de las epilepsias: casos hay en que su acción es nula y en que se debe echar mano de asociasiones con el bromo, con los tartratos bórico sódico y bórico potásico, etc.

Un elemento de dificultad en el tratamiento de las epilepsias por el Luminal está representado por la imposibilidad de lograr una perseverancia ejemplar en el empleo del remedio. La necesidad de la administración ininterrumpida es tan grande, que yo me abstengo de recomendar el Luminal en aquellos casos en que no cuento con la garantía de una administración continuada y tengo la certeza de que el excepticismo de algunos colegas respecto a los beneficios de la cura luminálica se tiene otra explicación que aquella de la informalidad en su administración.

La generalización de las epilepsias y el predominio que de ellas mantienen las llamadas 'epilepsias esenciales" me han llevado a dirigir esta nota al Ier Congreso Nacional de Medicina, con el objeto de hacer conocer de los camaradas los resultados de mis personales observaciones en una terapia que a todos nos interesa igualmente.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NOTA CLINICA SOBRE UN CASO DE RUPTURA DEL CORAZON

Por los doctores Carlos Alvarado G. y Miguel Angel Delgado

En la mesa de autopsias encuentra el clínico no sólo la confirmación de sus diagnósticos, la aclaración de sus sospechas, sinó también, algunas veces, sorpresas que dejan preciosas enseñanzas necesarias de tenerlas presentes a la cabecera del enfermo. El caso que motiva esta colaboración es uno de ellos, pues, nuestras suposiciones diagnósticas planteadas ante la inminencia del peligro de la vida de un convaleciente presa de un síncope, sin motivo que lo justificara y que imponía una indicación terapéutica de urgencia, no fueron del todo confirmadas, antes bien, obtuvimos una sorpresa como explicación del episodio terminal.

Los casos de ruptura expontánea del corazón son muy raros en la literatura médica y el que nos ocupa lo es mucho más por razón de la edad del sujeto, 51 años, el más jóven entre los que se conocen, porque el tiempo que sobrevivió el enfermo a su primer accidente es mucho mayor, veintisiete horas, que los señalados por el profesor **Achard**; y por su situación, la aurícula, que no hemos encontrado otro análogo en la bibliografía revisada por nosotros.

SALA SANTA ANA

Servicio de Clínica Terapéutica del Prof. Belisario Manrique

Historia Clínica No. 5.189

D. B., de 51 años, mestizo, soltero, nacido en Lima, procede de la calle de Inambari, Nº 625, de ocupación plomero. Ingresa al Servicio el 9 de Noviembre de 1929 después de nueve días de enfermedad.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Entre sus antecedentes hereditarios podemos señalar que el padre murió de una hepatopatía y la madre lo mismo; que dos hermanos del pacientes, de tuberculosis pulmonar.

Antecedentes personales.—A los cuatro años tuvo un ataque de perniciosa (?) A los quince años blenorragia y chancro; consecutivamente estrechéz uretral que le dura hasta la fecha. Varias veces dermatosis pustulosas que han curado con baños sulfurosos. Paludismo a los veinte años que le duró dos meses. A los 39 a. fué operado de una hernia inguinal derecha, con éxito.

Alcohólico como 3. — Fumador como 3.

Enfermedad actual.—Hace nueve días amaneció con sed y tomó té con vino sin aplacarla por lo que siguió bebiendo la misma tisana. Más tarde sintió descomposición general por lo que se acostó y tomó infusiones calientes; en la cama fué presa de escalofrío intenso seguido de fiebre alta, dolor intenso en el hemitórax derecho, tos exigente con esputos hemoptoicos, náuseas, vómitos biliosos y cámaras diarreicas. Por la noche no pudo conciliar el sueño por la intensidad de los síntomas mencionados. Esta sintomatología ha persistido hasta la fecha apesar de la medicación casera a la que ha estado sometido, por lo cual ingresa al Hospital.

Examen clínico.—(9 de Noviembre de 1929).

Temperatura 39°5. — Pulsaciones 118 al minuto. — Respiraciones 52. — Actitud, decúbito lateral derecho. — Facies angustiosa. — Dísnea. — Tos exigente y expectoración hemoptoica.

Aparato respiratorio.—Disminución de la motilidad en el hemitórax derecho; vibraciones vocales aumentadas en ambas bases, más marcadas en el lado derecho; submacicéz en todo el tercio inferior del pulmón derecho; estertores húmedos, roncantes y sibilantes diseminados en ambos pulmones. En el tercio inferior del pulmón derecho se percibe un foco de estertores crepitantes rodeando un soplo tubario suave.

Aparato circulatorio.—Taquicardia. — Ruidos cardiacos normales. — Taquisfigmia, pulso blando, depresible y rítmico. — Presión arterial al Pachón: Max. 15. — Mn. 9. — Dif. 6. — Ind. 0.3. — Presión venosa al Claude 13.

Los demás aparatos normales. Orina oscura, vertida en chorro delgado y con dificultad. Una cámara diaria.

Análisis practicados.—(10 de Noviembre de 1929). Hematíes 2,120.000. Leucocitos 20.000. P. N. 95% M. 2%. L. 3%. Anisocitosis, hipocromia. No se encuentra hematozoario.

Orina: Color 4. Densidad 1023. Reacción ácida. Urea 31. Acido úrico 1. Cloruros 13.50. Fosfatos 0.90 por lt. Presencia de urobilina. En el sedimento se encuentran leucocitos.

Esputo: Neumococos, estafilococos y estreptococos.

Diagnóstico.—Ante la presencia de este cuadro clínico formulamos el diagnóstico de **neumonía del lóbulo inferior derecho.**

Pronóstico.—Favorable.

Tratamiento.—Fué encaminado a favorecer la resolución del proceso.

Evolución.—Desde el mismo día de su ingreso observamos que el proceso evoluciona en forma benigna habiendo desaparecido la fiebre en lisis al cuarto día; el estado general mejora progresivamente, los signos pulmonares se modifican favorablemente y la diuresis lo mismo que las pulsaciones y respiraciones alcanzan una cifra normal. El enfermo entra en un período de franca convalescencia. Cuatro días más tarde fuimos sorprendidos con que el enfermo era presa de un estado sincopal caracterizado por sensación de muerte inminente, facies angustiosa, cianosis, sudor frío y profuso, dolor intenso al epigastrio, dísnea intensa, obnubilación mental, pulso filiforme, lento

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

(46 pulsaciones al minuto), ruidos cardiacos casi imperceptibles opacados por los ruidos pulmonares que se hallaban aumentados.

Frente a éste cuadro y teniendo en cuenta que se trataba de un convalesciente de neumonía, intoxicado por su profesión (plomero) y el alcohol del que abusaba lo mismo que del tabaco, pensamos que se trataba de una miocarditis con dilatación aguda del corazón y nuestro tratamiento se dirigió en éste sentido consiguiendo la mejoría del enfermo, pues minutos después observamos que el pulso se hacía cada vez más perceptible, sin llegar por esto a dar la impresión de un pulso normal, la obnubilación desaparece, la dísnea se conserva aunque menos intensa y el enfermo sólo acusa dolor al epigastrio.

Al día siguiente, a la hora de la visita, nos enteramos que la noche la ha pasado relativamente trnquilo habiendo dormido a ratos; está algo disneico y siempre acusa el dolor epigástrico. Examinamos al paciente y constatamos lo siguiente: El pulso es arrítmico, débil y su frecuencia es de 86 al minuto. El área cardiaca está aumentada dando en toda su extensión sonido macizo; a la palpación no se aprecia el latido de la punta; a la auscultación los ruidos cardiacos son casi imperceptibles, la punta se percibe lejana.

Presión arterial: Máx. 11. — Mn. 7. — Dif. 4. — Ind. 2. —

Presión venosa: 25.

En presencia de esta sintomatología planteamos las siguientes suposiciones diagnósticas: derrame pericárdico y dilatación del corazón derecho. Pensamos en lo primero por el aumento de la macicéz cardiaca, la disminución de la intensidad de los ruidos, la sensación de lejanía de la punta y el dolor epigástrico y en lo segundo por los antecedentes del enfermo (convalescencia de neumonía e intoxicaciones), tensión arterial baja, y venosa elevada al doble de lo normal, a los que se podría agregar todavía los anteriores síntomas. Nos inclinamos por la segunda suposición y practicamos una sangría que resultaba de urgencia ante la discordancia de la cifra de las presiones.

Más tarde el enfermo ingiere algunos alimentos (leche y chuño) sin manifestar ningún trastorno.

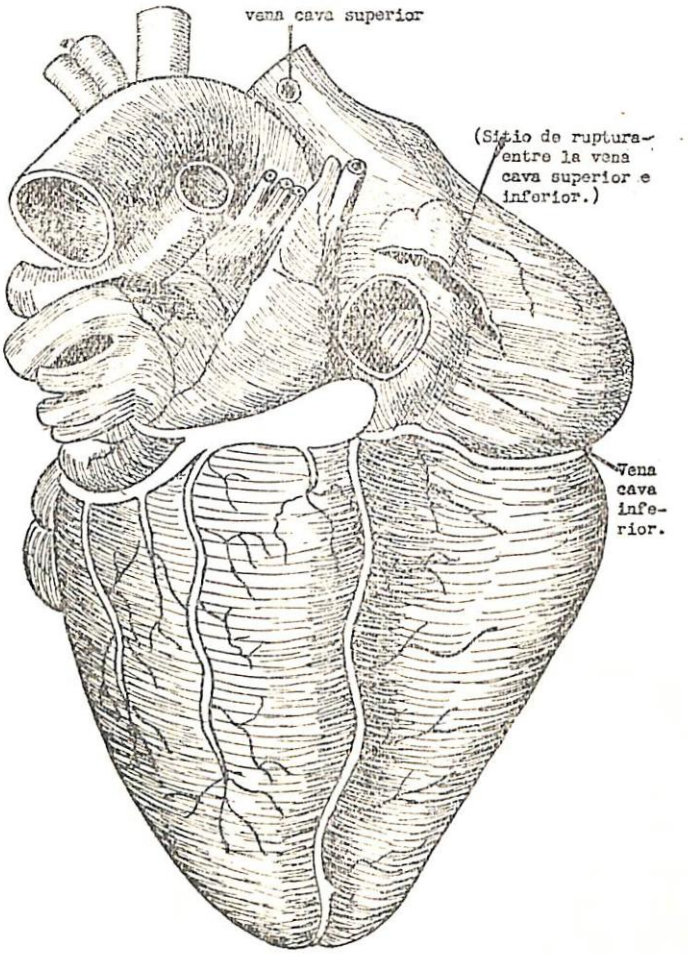
A la una y media p. m., es decir veintisiete horas más tarde del primer accidente, se repite el cuadro sincopal sin dar tiempo para prestarle ninguna atención, pues, antes de que fueran cumplidas nuestras indicaciones el enfermo había fallecido.

Autopsia.—No haremos un protocolo completo de la autopsia porque fuera de las alteraciones que señalaremos, todos los demás órganos los encontramos macroscópicamente normales.

Levantado el peto esterno-costal se nota el saco pericárdico enormemente distendido, rechazando el pulmón izquierdo hacia afuera y arriba. Eviscéramos el tórax: las pleuras del lado derecho presentan algunas adherencias. La base del pulmón izquierdo está ligeramente congestionada. En el lóbulo inferior del pulmón derecho encontramos las lesiones correspondientes a un foco neumónico en resolución.

El pericardio se siente tenso y al abrirlo se escapó una apreciable cantidad de líquido hemático aproximadamente unos 200 c. c. Liberado el saco pericárdico de éste líquido observamos que el corazón se halla envuelto en un enorme coágulo fibrinoso, duro, que le formaba una verdadera coraza que al separarla nos permitió apreciar que el corazón estaba algo aumentado de volúmen y sobrecargado de grasa en casi toda su superficie. Levantando éste sobre su pedículo constatamos que la cara posterior de la aurícula derecha era el asiento de una **ruptura** de dos cm, de longitud, que se aprecia bien en el esquema adjunto, ligeramente oblícua d arriba abajo y d dentro afuera. Introduciendo el dedo por los orificios de los grandes vasos apre-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



ciamos que la iniciación de la ruptura estaba entre las dos venas cavas. Que las paredes de la aurícula están muy adelgazadas y que los bordes de la herida son irregulares. Las cavidades cardiacas están llenas de coágulos, el miocardio se presenta flácido.

Diagnóstico post-morten: Ruptura de la aurícula derecha.

¿Hubiese sido posible, en la clínica, hacer el diagnóstico de ruptura del corazón? En el caso que acabamos de relatar, si asociamos los síntomas siguientes: estado sincopal que aparece bruscamente, dolor intenso al epigastrio, pulso casi imperceptible irregular, bradisfigmia, disociación de las presiones, área de macicéz del corazón aumentada, ruidos apagados, lejanía de la punta, a los antecedentes del sujeto que por sus hábitos como por su trabajo hacen pensar fácilmente en una miocarditis, no creemos aventurado sostener que era susceptible pensar en tal diagnóstico, resultando entonces muy fácil la interpretación de los síntomas.

El dolor al epigastrio sería dependiente de la excitación del frénico por distensión del pericardio como un reflejo tributario de la lesión en sí. El pulso casi imperceptible, irregular, lento, sería la consecuencia de la dificultad

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

encontrada por el músculo cardiaco envuelto en una coraza de coágulos fibrinosos. El área de la macicéz cardiaca aumentada, el apagamiento de los ruidos y la lejanía de la punta sería el resultado del volúmen del líquido y coágulos almacenados en el pericardio.

Por último vamos a ocuparnos del probable **mecanismo de la ruptura.** Lo primero que tenemos que considerar es sin duda el estado de las paredes del corazón en las que no podemos prescindir de la influencia que sobre ellas han tenido de un lado los hábitos del sujeto y de otro, el trabajo en plomo que generalmente determina estados de intoxicación crónica con su consiguiente repercusión sobre el aparato cardio-vascular, con lo que se puede afirmar de plano que se trata de un corazón cuyas paredes se encontraban en estado de menor resistencia; en segundo lugar debemos considerar el estado pulmonar en convalescencia que puede haber ofrecido una resistencia al libre pasaje de la sangre y como consecuencia una dilatación del corazón derecho que pudimos apreciar al medir la presión venosa (25) cuando la máxima de la presión arterial sólo alcanzaba a 15; en éstas condiciones y con sólo estos datos, podemos afirmar que ha sido el obstáculo ofrecido a la circulación por el pulmón el que ha determinado la dilatación aguda del corazón derecho, cuyas paredes se encontraban muy alteradas, y que ésta ha sido la causa determinante de la ruptura.

Se podría pensar también en un infarto como causa de la ruptura, por ser ésta la etiopatogenia más frecuente de éstas lesiones, tal como lo hicieron notar el profesor **Letulle** y su colaborador el profesor **Ernesto Odriozola**; pero en tales casos la lesión se produce como resultado del aumento de la impulsión cardiaca, generalmente después de una cura digitálica o de una comida copiosa como lo señala el profesor **Achard**, lo que no ha ocurrido en nuestro sujeto en cuyo tratamiento no se emplearon los tonicardiacos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE LIBROS

La Facultad de Medicina de Lima.—Hermilio Valdizán, tomo III, segunda edición, Lima 1929.

He aquí la segunda edición del tercer volúmen de la Facultad de Medicina de Lima, publicado en los Anales de la Facultad de Medicina, tomo I del año 1929.

Representa uno de los postreros esfuerzos del Maestro, el corregir sus obras, no contentarse con lo ya escrito, sino procurar, si el material bibliográfico es más verídico, subsanar el error, añadir un nuevo capítulo. Así presenta la segunda edición de este libro, y preparaba una segunda a "Apuntes para la bibliografía médica peruana".

Una vez más prueba Valdizán sus dotes de historiador erudito; todos los documentos que le sirven para formar su libro, son colocados en el lugar que les corresponde, con alguna crítica corta del autor.

Antes de él, no existía casi la historia de la Medicina peruana, más aún, los médicos ignoraban los valores que habían existir desde la conquista a la emancipación.

Valdizán es el Tácito peruano, es el hombre doctrinario que nos los hace conocer tal cual existieron en aquel tiempo, tiene el don especial de trasladarse en el tiempo a aquellas edades pretéritas, de verificar una verdadera regresión al pasado.

Comienza la obra casi con el siglo XIX (1801), poco antes de la fundación del Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando, cuando el Perú se hallaba a la vanguardia de la civilización en Sud-América. Restaura la figura casi olvidada del "gran Matute" a quien llama con justicia el Padre de la Anatomía Humana en el Perú.

Más allá encontramos un "curioso estudio" del prócer Justo P. Justiniani, que era a la vez médico y poeta, que saca a relucir los latinajos de la época, escribiendo una "Relación de la fiebre pútrida sinochal sanguina, anginosa inflamatoria en el fin que padeció D. Ignacio Arriola y otra anginosa en su declinación; que paró en peri-neumonia, que padeció el Dr. D. Juan Antonio Peralta". Ambos documentos son hechos para defenderse de las calumnias diatribescas de médicos y profanos, algo parecido a lo que pasó con el Dr. Tordoya en el "caso Acuña" en "Crónicas Médicas" del mismo autor. Pero el documento más formidable de este médico poeta es un es-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tudio larguísimo en forma de consulta médico-legal, en que hace mención de los conocimientos de la psiquiatría de la época, en el llamado "el Rey Mariano Calderón", que "no sentía dolor alguno por estar su cuerpo divinizado". "La falsa suposición de tener tropas y dominio en todo el orbe, donde mandara se publicaran sus fanatismos dándoles la razón de su cumplimiento dentro de un mes". Este párrafo basta para darse cuenta cabal de la alteración principal en el sector jucio, en forma de delirio de grandeza.

Expone también las teorías relativas a las causas de la locura; establece una paleopsiquiatría, remontándose a las doctrinas de Galeno, Platero, Riverio y Boerhaave, ciencia (La Psiquiatría) que recién comenzaba a esbozarse como tal con Esquirol y Pinel en Francia.

Establece la clasificación entre loco de intervalos y loco continuado, concluyendo que los delirios de Calderón fueron producidos por su "genio escrupuloso y contínua meditación en puntos de fé, acompañada de una suma ignorancia al Ser infinito etc."...

Por aquel tiempo, estaba en sus albores el problema de la vacuna jenneriana, y corrieron una verdadera odisea los primeros frasquitos de vacuna que llegaron al Nuevo Mundo. Fué el primer vacunador el Dr. Belomo, por el año 1801.

La lepra, enfermedad bíblica, que hasta hoy día no tiene curación, tuvo un fiel estudioso por aquellos tiempos, en el Dr. Villalobos, que decía curarla, presentando varias estadísticas al respecto, además de un suculento informo de su puño, en el que pretende esquivar la diatriba de los Zoilos médicos, que fatalmente hubieron de impugnarle.

El informe que el Dr. Unánue eleva al Virrey Abascal para la creación del Colegio de Medicina y Cirugía es un documento de un valor histórico inapreciable. Al par que reclama la creación con vehemencia, tiene frases de arrebatadora elocuencia como ésta:

"¡Oh, y quantos bienes van a resultar a esta América si se realiza el establecimiento del Colegio de Medicina. Cada cinco o seis años saldrá de la Capital una colonia de físicos sobresalientes que lleven consigo los medios de fomentar la población, consolar y curar los enfermos, y la moral, modales que debe tener aquel hombre que ha de acercarse al lecho, de la esposa y de la hija. Surtido el Reyno de profesores instruídos se extinguirían los idiotas, y sus terribles estragos".

Después de la lctura de este párrafo, ¡que más se puede pedir del juramento hipocrático, de la deontología profesional! Aquí se ve al hombre avanzado que lucha por la innovación contra el escepticismo y contra las resistencias que siempre tendrán que producirse en medios plagados de pesimismo.

En ese informe no hace sino expresar con mayor solidéz y base científica, los conceptos que emitiera en aquella oración monumental que pronunció al inaugurarse el Anfiteatro Anatómico el año de 1791.

Con la creación del Colegio para el que Abascal solicita el apoyo público, y al que expontáneamente responden los países de América del Sur, dando una muestra altísima de cultura; los detalles de la organización, plan de estudios, las "constituciones", la primera junta de Catedráticos, el juramento de la Constitución del año 1812 y algunos otros referentes a asistencia hospitalaria, epidemiología etc., termina el Dr. Valdizán el tercer tomo de la edición segunda de la "Facultad de Medicina de Lima" a la cual el mismo puso:

"Segunda edición, corregida y aumentada", como reza en la cubierta de muchas segundas ediciones, y separada de la primera por catorce inviernos cuyo paso dejó en mi espíritu la huella de muchas amarguras y de muchos des-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

encantos, pero cuyas nieves no lograron mermar mi perseverancia ni aminorar el fervor de mis empeños de averiguación del pasado médico del Perú".

J. B. L.

André Thomas. — Les phénoménes de répercussivité. — Masson et Cía. — París. — 1929.

Conocida es, de todos los que dedican algún tiempo a la neurología, la personalidad de André-Thomas, su prestigio en esta rama es indiscutido, y esto es ya una garantía sobre la bondad de la obra que comentamos. Su lectura viene a confirmar ampliamente esta opinión.

El autor recorre en su obra muchos puntos de la patología nerviosa y hace resaltar el papel del sistema simpático, cuyo estudio todavía incompleto en la actualidad ahonda, con verdadero espíritu científico y de observación, como se desprende de los casos clínicos que cita.

El organismo, dice el autor, es un todo cuyas diversas funciones son solidarias, existiendo una serie de mecanismos biológicos que procuran asegurar su perfecta armonía. Así, cuando un órgano se encuentra lesionado sus trastornos tienen resonancia sobre otro ú otros, en virtud de un fenómeno denominado simpatía, que no es otra cosa que la defensa del órgano contra su alteración, se defiende compartiendo su sufrimiento.

Otras veces el órgano enfermo que no estaba sensible despierta su sensibilidad porque una irritación cualquiera, periférica o central viene, por intermedio del sistema nervioso, a repercutir sobre él, entonces, no experimenta un proceso de simpatía como en el caso anterior, se produce ahora un nuevo proceso, un nuevo fenómeno de irritabilidad refleja, que es llamada con justicia por el autor: fenómeno de repercusividad.

Todos los órganos en sus más mínimas partes están sujetos a esta acción, todos ellos son susceptibles de ser sensibilizados por la irritación de un órgano alejado. Pero no en todos aparece el mecanismo del fenómeno tan claro y comprensible. Si es fácil determinar los fenómenos de repercusividad pilomotríz, sudoral, vaso-motríz y es algo más difícil en la repercusividad motora, este proceso adquiere toda su complejidad cuando se relaciona con los centros nerviosos superiores, en las epilepsias jacksonianas, en los temblores, las clonías, etc., en las que el fenómeno aparece enmascarado por una serie de factores que hacen muchas veces hipotética su interpretación. Sin embargo, en este mismo sector las reacciones de los centros son tan particulares, están rodeados de tales circunstancias y se identifican tanto con los fenómenos de repercusividad elementales, que se puede afirmar que dichos fenómenos se producen también en los centros superiores.

Yendo de los más elementales a los más complejos, comienza por el reflejo pilomotor, cuya producción nadie ignora, sea regional o sea local. En efecto, si frotamos la nuca de un sujeto sano notamos que la erección pilosa aparece normalmente en todas las regiones del cuerpo, con igual intensidad; si en vez de ser un sujeto sano, se trata de un enfermo que presente una herida o una cicatríz en un brazo, el reflejo se marcará más en el miembro herido y persiste más largo tiempo. Si la excitación es local el reflejo pilomotor desencadenado adquiere una marcada intensidad, sobrepasa la zona herida, se extiende a un hemitórax y aún invade toda la mitad del cuerpo correspondiente al miembro herido. El lado sano queda indemne. Se trata de un fenómeno diferente a las reacciones habituales, la herida o cicatríz del miembro aludido ha creado una circunstancia que ha modificado la normalidad del reflejo pilomotor, ha

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

irritado los centros simpáticos correspondientes, dándoles aptitud para responder a las excitaciones habituales con mayor energía. Y no solo a las excitaciones habituales, cualquier circunstancia general como la emoción o el miedo lo despiertan con la misma intensidad. Es este el fenómeno de repercusividad pilomotríz. El dolor no lo altera.

El reflejo sudoral responde idénticamente al anterior, como en él, las heridas de un brazo o de una mano provocan mayor secreción en la axila correspondiente y lo mismo en los miembros inferiores, pero aquí el fenómeno ya no es tan claro. Si la erección de los pelos tiene excitaciones y reacciones conocidas e iguales siempre normalmente, no sucede lo mismo con el sudor, que no tiene excitaciones especiales, ni reacciones iguales. El sudor se reparte desigualmente en los individuos y responde también desigualmente a los estímulos: calor, emotividad, etc.

Los fenómenos de repercusividad vasomotora, son más complejos. No obstante, las reacciones vasomotoras originadas por las temperaturas, las emociones, las excitaciones químicas y aún las recciones en donde el simpático está seccionado permiten constatar fenómenos de repercusividad regional y local bastante marcados.

Los centros nerviosos de la columna cerebro-espinal exhiben fenómenos de repercusividad, tanto como la de los órganos ya descritos, siendo en éstos la interpretación del fenómeno mucho más difícil por tener un mecanismo más complicado. El simpático cuyos centros se escalonan a lo largo de todo el eje nervioso, interviene como en los casos anteriores poderosamente. El estudio de los trastornos simpáticos en el curso de las afecciones orgánicas del sistema nervioso, sobre todo de las que atacan la sustancia gris de la médula espinal irritan los centros simpáticos reactivándolos para las excitaciones que normalmente no eran reflexógenas. Ahora, si una irritación periférica cualquiera ha dejado sensible a un determinado centro, este reaccionará fácilmente a toda excitación sensitiva, sensorial, psicomotríz o de otra clase.

De esta manera se establecen dos órdenes de repercusividad cerebro-espinal: repercusividad de las lesions orgánicas de los centros nerviosos y repercusividad de las lesiones periféricas.

En el primer grupo entran un cierto número de enfermedades del sistema nervioso que se caracterizan por movimientos variados, pero que afectan el mismo caracter, debido a que sus lesiones tienen el mismo asiento y son de idéntica naturaleza. Entre estas tenemos las mioclonias, las coreas, los temblores, clonus, contracciones fibrilares, atetosis, etc., es decir, una serie de movimientos involuntarios, de mecanismo no bien conocido y completamente diferentes de los reflejos de defensa. En todas estas enfermedades con movimientos inarmónicos hay una causa irritativa central susceptible de exaltarse al menor estímulo exterior, tal como se observa con las mioclonias que se intensifican con la emoción. Un temblor parkinsoniano puede desaparecer por la misma causa; los movimientos atetósicos o coreicos no manifiestos en un momento dado pueden despertarse por la presencia del médico o cualquiera otra excitación psicomotríz. Con la corea se observa el mismo fenómeno.

En los procesos bulbares o medulares se observa algo idéntico a lo que pasa en los centros superiores, numerosos procesos de estas porciones del eje nervioso presentan reacciones que no corresponden a los estímulos, tal sucede en las hematomielias, siringomielias, esclerosis en placas, etc., que son seguramente estimulados por la repercusividad.

En la sensibilidad así como en la motilidad se presentan otra gama de caracteres cuya apreciación es igualmente compleja. El dolor en sí mismo es una sensación difícil de valorar con exactitud. En un mismo sujeto tiene varia-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El tratamiento específico de las infecciones tíficas y paratíficas debe practicarse con la

Stomosina

antitífica-paratífica

porque atenúa inmediatamente la gravedad de la infección, abrevia el decurso de la enfermedad y evita las complicaciones.

Posología: inyecciones intramusculares diariamente:

1er	día	1	ampolla
2º	”	1 1/2	ampollas
3er	”	2	”
4º	”	2	”
5º	”	2	”

para consolidar el tratamiento debe practicarse una sexta inyección de 2 ampollas.

Rogamos a los señores médicos que nos soliciten muestras y literatura a nuestra Oficina en Lima, Apartado 121.

PREPARADO DEL

ISTITUTO BIOCHIMICO ITALIANO

CONTROLADO Y GARANTIZADO POR EL GOBIERNO ITALIANO

Solicite muestras a nuestra Oficina en Lima: Apartado 121

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Stomosina

Principio activo de las vacunas y de las proteínas, extraídas de las bacterias autolisadas y de las proteínas desintegradas, siendo completamente atóxica, abiurética y dializable Exactamente dosada e inalterable.

Las Stomosinas constituyen el tratamiento electivo de las enfermedades infecciosas. En la mayoría de los casos interrumpe por crisis la enfermedad, atenuando siempre la gravedad de la infección, abreviando el decurso y evitando las complicaciones.

Deben ser preferidas a la vacuno y proteinoterapia, porque son completamente atóxicas, no provocan anafiláxis y dan reacciones débiles, dando en la mayoría de los casos resultados completos con las simples inyecciones intramusculares.

Cada tipo de Stomosina está preparada con asociaciones bacterianas especiales, para rendir acciones de grupo.

En el comercio se encuentra Stomosinas especificadas para

CADA INFECCION:

antitífica paratífica
antigonocócica
antipertussi
antireumática
antituberculosa
anticolibacilar
antigripal
antipiógena polivalente
antiestafilocócica
antidisentérica (bacilar)
antimelitense
antipneumocócica
antiestreptocócica

POSOLOGIA: las Stomosinas se usan por vía intramuscular, diariamente y a dósis crecientes, según la reacción. La Stomosina antituberculosa está sujeta a técnica especial y conforme a una tabla que acompaña a cada caja.

PREPARADO DEL

ISTITUTO BIOCHIMICO ITALIANO

CONTROLADO Y GARANTIZADO POR EL GOBIERNO ITALIANO

Solicite muestras: Oficina en Lima Apartado 121

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ciones notables que dependen de numerosos factores: su grado de afectividad, sus características emocionales, sus variaciones humorales, y aún, pueden influir sobre su sensibilidad, hasta las condiciones atmosféricas. De un individuo a otro las variaciones son mucho mayores, una misma causa dolorosa no afecta igualmente a dos personas. Sobre este síntoma repercuten claramente las diversas espinas irritativas. El rol del simpático en las afecciones dolorosas, principalmente cutáneas es notable, conocidos son los dolores causálgicos, sinestálgicos, etc., originados por irritaciones centrales o periféricas de los filetes simpáticos, pues bien, estos dolores pueden experimentar variaciones por excitaciones externas, diferentes del territorio afectado o por excitaciones internas. Si se coloca un paño húmedo sobre la mano sana, esta excitación puede actuar disminuyendo el dolor causálgico en la mano opuesta; lo propio sucede si el enfermo se irrita, si experimenta cólera o fastidio. Muchas veces la simple idea de que van a tocar el miembro enfermo despierta vivos dolores. Es curioso el caso de un soldado que es herido en el muslo izquierdo, experimenta fuertes dolores que son atenuados por la extirpación del nervio correspondiente, sin embargo, el ruido, la marcha, el frote o las emociones, vuelven a desencadenar las crisis dolorosas tan intensas como antes de la operación.

La musculatura lisa de los vasos sufre también la repercusión de los estímulos externos. La enfermedad de Reynaud, la claudicación intermitente, las anginas de pecho, en las que hay un trastorno en las paredes de los vasos, presentan fenómenos semejantes a los descritos, es decir, espasmos arteriales estimulados por acciones diversas que pueden muchas veces pasar inadvertidas.

Hasta aquí, la intervención de los fenómenos de repercusividad es clara, pero el autor va más allá, va a homologar estos mismos fenómenos en procesos mucho más complejos como son los que se producen en la corteza cerebral: la epilepsia jacksoniana, donde el número de elementos en acción es muy grande y donde los reflejos ordinarios son confundidos con los fenómenos de repercusión. Veamos uno de los casos citados: un chauffeur sufre de trastornos epilépticos durante la evolución de un tumor cerebral. Estos accesos se van calmando y entra en un período de relativa calma. En este espacio de tiempo algo curioso, todas las excitaciones externas como hincones, rascado, aplicaciones frías o calientes, dessencadenan violentas crisis con sacudidas clónicas y tónicas. Y así como esta muchas otras observaciones en que la repercusividad parece ser evidente dadas las circunstancias en que se produce.

De todo lo que se desprende que hay, por así decir, tres grupos de repercusividad: unos en el fenómeno es evidente, como sucede con casi todos los de la piel; otros en que lo es menos, en los reflejos cerebro-espinales y, por último, un tercer grupo en que son mucho menos claros, casi hipotéticos como sucede en las epilepsias, las migrañas, etc.

Tal es a grandes rasgos el resúmen de la obra que comentamos.

M. D.

Terapéutica general y aplicada de las enfermedades internas, por los Drs P Krause y C Garré.—Tomo II, segunda edición española, reformada e ilustrada con 27 grabados. Colaboran los principales clínicos alemanes. Tomo en 4º mayor, de 842 págs. año de 1929.

Contiene los siguientes capítulos: Tratamiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias por P. Krause, con un artículo preliminar relativo a profiláxis de actualidad.

El Capítulo segundo: tratamiento de algunas enfermedades infecciosas

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

que generalmente se presentan en los países tropicales. Se estudia el paludismo, la fiebre de Malta, la amarilla etc.

En el tratamiento de las intoxicaciones, escrito por Winternitz, adopta primero la clasificación de Kobert, que divide los venenos en clases: 1º venenos qu provocan grosras aletracions anatómicas en el punto de aplicación, o en órganos cualesquiera del cuerpo; 2º venenos hemáticos y 3º venenos que sin provocar alteraciones anatómicas groseras, obran en primer término sobre el sistema nervioso central o el corazón. En seguida estudia el tratamiento general y especial en cada caso. Dedica un artículo bastante interesante a las intoxicaciones profesionales, a los gases y vapores cáusticos, a los venenos vegetales y animales.

El capítulo cuarto, está dedicado al tratamiento de las enfermedades de la nutrición, estando escrito por C. von Noorden que es una autoridad en la materia, la mayoría del capítulo está dedicado al tratamiento de la diabetis: medicamentoso, dietético, métodos físico-mecánicos, etc.

El capítulo quinto: tratamiento de las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos. El sexto, de las avitaminosis y otras alteraciones producidas por la alimentación.

El capítulo séptimo, dedicado al tratamiento de las enfermedades nerviosas, escrito por O. Veraguth y O. Tilmann, se ven ya las proyecciones del sico-análisis en el tratamiento de las sicopatías.

Los capítulos siguientes se ocupan de tratamiento de las enfermedades del corazón y de los vasos; de las enfermedades del aparato respiratorio, del conducto gastro-intestinal; de las enfermedades del peritoneo; de las del riñón y vías urinarias; del hígado, vías biliares, páncreas; glándulas de secreción interna, de los órganos motores y termina el tomo con un formulario eminentemente práctico.

Antes de entrar los autores al estudio del tratamiento que es el objeto del libro, dedican unas unas cuantas líneas a la sintomatología y a veces a la patogenia de la enfermedad, haciendo resaltar lo más culminante de ella. Respecto a terapéutica y profiláxis en cada caso morboso, no hay nada más que desear.

J. B. L.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE REVISTAS

Lesiones cavitarias del Vértice. Frenicectomía. Sindrome de Calude Bernard-Horner, por el Dr. José Fermín Más.

(De la Revista Médica Latino-americano, octubre de 1929)

El autor relata la historia clínica de una interesante observación personal, de un enfermo con lesioness cavitarias del lóbulo superior del pulmón derecho, con hemoptisis a repetición, cuya abundancia agrava el estado general y ensombrece el pronóstico. Sometida al tratamiento por el neumotórax, éste fracasa a causa de adherencias pleurales que hacen imposible la entrada del gas. Se plantea la frenicectomía con toracoplastía previa. Se extirpa 14 cms. de frénico por tracción y enrollamiento sobre las pinzas.

Inmediatamente después de la operación, presenta la enferma un sindrome ocular de Bernard-Horner del lado derecho: miosis, enoftalmía, ptosis palpebral simpática, vaso-dilatación de los vasos de la cara del mismo lado.

Teniendo este hecho en cuenta, el autor considera el modo de actuar de la frenicectomía en presencia de las lesiones pulmonares y la interpretación del sindrome de Bernard-Horner, como complicación de la frenicectomía, que el explica por lesiones del simpático cervical debidas a la misma operación de exéresis del frénico.

Llama la atención sobre el peligro de esta complicación, y aconseja prevenir a los enfermos y sus parientes de este posible accidente en el curso de la frenicectomía.

El enfermo que estudia mejora de sus lesiones pulmonares, como lo comprueban las radiografías que presenta el autor, persistiendo solamente sindrome de Bernard-Horner, pero modificado, a pesar de los 5 meses que hacen de la intervención.

Con ocasión de esta complicación, dice el autor "es una complicación rara, que Bernard creo es el único que cita al pasar, en el Rapport hecho en el Congreso de Lyon (1927), diciendo: "nous avons noté plusiers fois un syndrome transitoire de paralysie du sympathique cervical"

J. B. L.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

LOS PERIODOS SECUNDARIO Y TERCIARIO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR. LA TEORIA DE RANKE —Por el Dr. G. Araoz Alfaro. De la Prensa Médica Argentina, 10 de diciembre de 1929

El eminente Profesor honorario de la Facultad de Medicina, expone en detalle las modernas teorías alemanas respecto a la infección tuberculosa; el chancro tuberculoso o complejo primario y al referirse a la difusión de la infección se expresa así:

¿Cómo es que ese foco primario es limitado y, por decir así, inmovilizado hecho inócuo por el organismo, al contrario, constitúyese en fuente de diseminación al pulmón y otros tejidos y órganos? ¿Cuál es el mecanismo patogénico de tal difusión en ese período y ulteriormente? ¿Porqué unas veces la siembra infecciosa queda reducida y rápidamente dominada, y otras veces se generaliza y evoluciona en forma sub-aguda o aguda? ¿Porque, en fin en el adulto la tuberculosis se hace crónica, lenta y tórpida y porque adopta unas veces características de proceso exudativo, otras de proceso fibroso o productivo, etc.

Expone en seguida los tres estadios de la teoría alemana de Ranke, adoptada por una gran mayoría de tisiólogos alemanes:

"Lo que constituye su armoniosa unidad y, por consiguiente su superioridad como sistema para explicar la evolución del proceso tuberculoso, es que en su descripción ha procurado Ranke abrazar a la vez, el carácter anátomo-patológico de las lesiones, el estado de alergía o inmunidad del tejido y de los humores, el modo de propagación de la afección y la tendencia evolutiva del proceso". Se vé que domina en la teoría el fenómeno alérgico, que está de moda y explica la evolución del proceso. Habrá en un primer estado lo que denomina Ranke "alergia primaria", después una "alergia esclerosante". En el estado secundario, en que hay una intensa reacción proliferativa perifocal, existiendo una hipersensibilidad considerable al veneno tuberculoso, es el período de las generalizaciones. Es un estado exudativo y caseificante, un estado de anafilaxia. Existe un paralelismo entre la infección tuberculosa y una inyección de tuberculina.

Al tercer estado de la tuberculosis, Ranke lo denomina "tisis aislada", que se separa de las anteriores por un período de latencia. Se caracteriza por la tendencia productiva, con evolución extremadamente lenta.

Resumiendo la teoría de Ranke:

1.—Complejo primario alergia primera, induración esclerosante metástasis linfática, curación por calcificación.

2.—Período de generalización, alergia hipersensible segunda, exudación perifocal inflamatoria, metástasis hematógenas, curación por reblandecimiento y eliminación.

3er. período. Tisis aislada, alergia inmunizadora tercera, focos productivos, metástasis intracanaliculares, curación por fibrosas.

Tal la síntesis de la conferencia del Dr. Araoz Alfaro y el resúmen de la teoría de Ranke, que el autor califica de genial.

J. B. L.

Estudio anátomo-patológico sobre un caso de afasia de Wernicke, por el Dr. V. Dimitri.—Revista de Especialidades, sección de neurología y psiquiatría, Buenos Aires, setiembre de 1929.

El autor hace la historia clínica del enfermo, cuadro que comienza brus-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

camente con ligera hemiplejía, afasia sensorial: sordera y ceguera verbales. El enfermo estaba parafásico, usando neologismos sin control, llegando casi hasta la jargonafasia. Posteriormente se añadió apraxia ideo-motríz en el brazo derecho. Poco después fallece el sujeto en asistolia; a la autopsia se encuentra una zona de reblandecimiento cerebral en la zona sensorial de Wernicke (primera circunvolución temporal al lado izquierdo), en que la substancia gris a un conglomerado laxo con algunas bridas esclerosas. El autor hace el estudio anátomo-patológico concienzudo de la zona de reblandecimiento citada, en catorce cortes del cerebro.

Llega a las siguientes conclusiones:

1°.—La integridad de la zona del pliego curvo y la lesión en la circunvolución supra-marginal y temporal, viene a corroborar la ley que rige en general los reblandecimientos cerebrales: para este caso de la silviana, se ha producido el foco necrótico en la parte proximal a la obstrucción, quedando la distal relativamente indemne.

2°.—Nuestro caso debe entrar en la categoría de los reblandecimientos parciales de la silviana, pudiéndose llamar témporo-supramarginal, variedad la menos frecuente, pues, se sabe que los témporo-pliegue curvo y parieto-pliegue curvo son los más comúnes, por obstrucción de la arteria parietal posterior o temporal posterior. En nuestro caso a juzgar por los focos producidos, las ramas afectadas son la temporal anterior y la parietal anterior.

3° —La degeneración bien neta de un sector del pié del pedúnculo, concomitante a una vasta zona necrótica del lóbulo temporal, nos permite una vez más ratificar el orígen y trayecto del haz de Turk, considerado por Dejerine como un haz córtico-protuberancial.

Como se vé, el artículo del Dr. Dimitri, es bastante interesante, por tratarse de una forma rara de reblandecimiento cerebral, productor de una afasia de Wernicke.

Entre nosotros, el primero en ocuparse de estos trastornos afásicos, ha sido el doctor González Olaechea, quien en 1908, describió una agrafia pura (1).

J. B. L.

ENDOCRINOLOGIA

La acción de la pituitrina por aplicación nasal.—Dr Adlesberg y O. Porges.—(Med. Klin. 24, 1928)

Los autores mencionan unos cuantos casos en que una terapéutica realizada a base de aplicación nasal de pituitrina eficáz resultado, en lo que a la poliuria se refiere. Un paciente diabético que vertía de 6 a 7 litros de orina por día, absorbió un gramo de pituitrina a guisa de rapé para librarse del engorro de las inyecciones logrando de esta manera reducir la eliminación de orina a un litro y medio o dos. Realizó la absorción por el espacio de tres semanas. Con beneplácito notó que la sed devoradora que antes tenía, desapareció.

En otro paciente que eliminaba 20 litros diarios, consecutivamente a una encefalitis, dicha eliminación fué bajando hasta 4 litros, después de la absorción de pituitrina por vía nasal. En él también la sed desapareció.

Hacen notar, que la absorción de pituitrina por la indicada vía tiene ma-

(1).—Centro gráfico cerebral independiente de los otros centros del lenguaje. Trabajo presentado al Congreso Científico de Chile, año de 1908.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

nifiesta acción sobre el reflejo de la vesícula biliar (prueba duodenal). Como en todo caso dicha absorción es eficáz y bastante cómodo, indican que sería de seguir su empleo en los casos en que necesite la administración de la sustancia mencionada.

Tratamiento de diabetes insípida por absorción nasal de polvo postpituitraío.— A. y L. Choay. (Presse med., septiembre 12, 1928-.—Los autores hacen ver los efectos inmediatos de absorción de preparaciones de postpituitaria: palidéz del rostro, diferentes indisposiciones de carácter transitorio, ligero cólico uterino o intestinal. Manifiestan que la sensación de sed sufre atenuación rápida, al mismo tiempo que la poliuria sigue un curso descendente de manera análoga a la administración hipodérmica. Remarcan que para la obtención de estos resultados es necesaria un dosis tres veces mayor que la vía hipodérmica.

Esta manera de aplicación está especialmente indicada en los casos en que la poliuría no exeda de 15 ó 20 litros por día, permitiendo a los pacientes el llevar una vida de apariencia normal. Indican, también, que este modo de administración puede servir de coadyuvante cuando debido a la intensidad de la poliuría se hacen imprescindibles las inyecciones. Aconsejan el tanteo hipodérmico para conocer la sensibilidad del sujeto, así como la dosis necesaria al caso.

Para mejor rendimiento y evitar fiascos desagradables recomiendan un detenido examen rinológico, ya que de no verificarse pudiera asistirse a la eclosión de fenómenos tales como accidentes debidos a la introducción de polvo fermentable en narices patológicas. Indican que toda clase de malformaciones ranales, crestas y desviaciones series del septum, rinitis hipertrófica y pólipos, contraindican seriamente la administración.

En lo que al medicamento respecta, manifiestan que los mejores resultados se han obtenido con el producto más simple: polvo resultante de lóbulos postpituitarios de ganado, molidos y desecados en el vacío a baja temperatura. La equivalencia con tejido fresco sería de unas cinco veces mayor en favor del polvo.

La dosificación se haría procediendo mediante el tanteo ya mencionado. Tomando por base el equivalente de polvo necesario para el tratamiento hipodérmico de prueba, los pacientes inspirarán unas dos o tres veces la dosis correspondiente a las inyecciones. Es preferible aumentar el número de aspiraciones, mejor que la dosis en una aplicación. La toma se divide en partes iguales para cada fosa. Indudablemente urge una toilette rigurosa antes de la aspiración.

Sobre un caso de gigantismo acromegálico infantil con distrofias óseas localizadas. (Raquitis tardía). Sindrome pluriglandular. A. S. Papadopoulos y C. Voudouris. **(Arch. de Med. des enfants, 31, setiembre de 1928-.**— Relatan el caso de un muchacho de 11 años que ingresó a la clínica por doble **genu-varum** que empezó un año antes. Hacen resaltar la estatura en desproporción a su edad, así como el desarrollo físico todo que aparenta una edad como de 17 años. No ha habido nada anormal en su niñez. Dentición normal y desarrollo general regular hasta un año antes. En aquella época, sin razón justificable, el niño había crecido rápidamente al mismo tiempo que las rodillas "combadas" hacia afuera, proporcionábanle un aspecto y un modo de andar por demás grotesco. No existe adiposidad. Las manos del tamaño de las de un adulto, presentan ligera dilatación de la última falange de cada dedo. Los pies son también como los de un adulto, plano en valgus. La curvatura de las piernas sugiere raquitismo infantil. Musculatura normal. Sistema piloso del niño, a no ser en la región púbica. Miembro viril proporcio-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

nal al desarrollo somático, pero testículos tendientes a la atrofia. Líbido ausente. Siquismo retardado para su edad. Apetito voráz. Tiroides en ligera hipertrofia; temblor ligero de las manos; ausencia de vómitos, hemianopsia, cefalalgia, itericia ni otras manifestacoines cerebrales.

A la radiografía del cráneo: considerable dilatación de la silla turca y del tejido óseo.

En resúmen, el paciente presenta un cuadro de acromegalia, asociada con gigantismo y raquitismo tardío, acompañado de alteraciones tiroideas así como de represión del desarrollo testicular. Al buscar una explicación rezonable para la producción de tal alteración, los autores piensan que la lesión inicial envolvió alguna parte del cerebro, quizá en la zona tuberinfundibular, a consecuencia de lo cual se sucedieron aquellas perturbando el desarrollo y funcionalismo de las glándulas afectadas, esto es: pituitaria, tiroides y testículo.

TIROIDES.—

Las afecciones endocrinas en la práctica. El hipertiroidismo (artificial) simple W. H. Veil.—**(Münchner med. Wochnschr,** 75. 1928).—El autor encara el problema del uso demasiado extendido de preparados tiroideos, trayendo como consecuencia una serie de alteraciones en todo imputables a los mencionados productos.

Indica entre las causas determinadas del mencionado uso: la obesidad, las afecciones de caríz bocígeno, mixedema, hipotirosis, atirosis y psicosis de manifestaciones paranoideas. En ellas, cuando el uso no obedece a regla terapéutica bien conducida, los síntomas de envenenamiento van aumentando la debilidad física y muscular, extenuación, tremor, alteraciones funcionales del corazón exteriorizadas en taquicardia, desórdenes gastrointestinales, pérdida de apetito alternando con bulimia y diarrea. Remarca que las alteraciones cardiacas nunca amenazan la vida si se recurre inmediatamente a la corrección ineludible, echando mano de la quinina o de alguna otra sustancia que levante las energías del corazón. Hace ver el efecto que la tiroidina tiene sobre la acción digitálica, a la que anula o disminuye demasiado. Remarca el hecho escueto de que muchos portadores de bocio reacionan más fuertemente de lo normal a la tiroidina, exhibiendo más temprano los síntomas de intoxicación.

Hipertiroidismo y medicación de yodo.—Paul Starr. **(Archives of internal medicina: 39, abril de 1927).** El curso de hipertiroidismo bajo la medicación yodica, manifiesta el autor, se caracteriza por remisión y recurrencia durante la administración del yodo y por una reacción que en algunos casos puede ser extrema después de la descontinuación de aquel fármaco. De ahí el prolongado tratamiento yódico de pacientes que tienen hipertiroidismo con la mencionada sustancia, siempre que la dosificación sea suficiente para producir los efectos deseados, aunque sin un resultado contundente en lo que a permanencia sería de desear.

Al comienzo debe administrarse de 14 a 15 mínimas al día de solución de Lugol con lo que conseguirá una reducción de 50 % del metabolismo basal, desués de 15 días de suministración. En una cuarta parte más o menos de los tratados solo habrá una reducción del 25 % del citado metabolismo. No se conoce ninguna característica clínica de los casos resistentes a esta terapéutica. Además, este tratamiento solo será precursor o preparativo del tratamiento quirúrgico.

Mas adelante pone en claro algunos síntomas que entran en las manifestaciones denominadas postyódicas. Sin embargo las crisis tirotóxicas post-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

operatorias no ocurren cuando la administración de yodo ha sido contínua, durante y por lo menos 10 días después del período operatorio.

Concluye manifestando que si es cierto, como indican los datos clínicos, que el yodo produce una remisión temporal en todas las formas de hipertiroidismo, parece probable una similitud de patogenia esencial en todas estas formas. Mirado bajo este punto de vista, no habría diferencia cualitativa entre el mecanismo causante de hipertiroidismo en el bocio adenomatoso y el bocio exoftálmico. Las diferencias clínicas advertidas serían simplemente sintomáticas, dependiendo de la diferencia en grado y en duración del hipertiroidismo. De todo esto deduce: si fuese cierto que hubiera una diferencia esencial entre los varios tipos clínicos de hipertiroidismo, podría esperarse que alguno de ellos fuese resistente a la medicación yodada. Sucede precisamente lo contrario: no hay tipo de hipertiroidismo que sea resistente por sí solo.

Las relaciones de las secreciones interna con desórdenes psíquicos y psicosis.—A. Oswal.—**Klin. Wochnschr: 7, 1161, 1929).** — Es bastante conocido el hecho de que la omisión tiroidea ocasiona profundos cambios en el psiquismo: lentitud de pensamiento, de percepción sensorial, de movimiento; estolidéz, apatía, indiferencia psíquica, aumento de agitación emotiva, todo lo cual forma parte del corte sintomático del mixedema. Dichos trastornos llegan a su grado culminante en el tiroplasis congénita. En otras alteraciones, como atiroidismo o hipotiroidismos, hay en principio una merma de actividad psíquica correspondiente a la merma de toda función vital existente en esta condición. Lo importante está en que una adecuada administración de preparados tiroideos mejoran las alteraciones psíquicas de la misma manera que las somáticas. Las circunstancias de que las funciones corticales se inhiben al decaer la función tiroidea y son de nuevo estimuladas por terapéutica específica, pone palpable que existe una influencia endocrina.

Respecto al mecanismo íntimo en virtud del cual se produzca este mejoramiento, nada contundente se sabe en la actualidad. Queda siempre la duda de que dicha acción pueda llevarse a efecto sobre la corteza cerebral directamente o por envolvimiento del aparato nervioso vegetativo. Eso si, la adjunción de preparados testiculares puede ocasionar cambios psíquicos manifiestos. En la epilepsia, las glándulas sexuales, páncreas, timo, así como paratiroides, fuera de la tiroides, pueden ejercer influencia benéfica.

M. A. E.

EPIFISIS

Preparaciones endocrinas usadas con éxito en un niño. — A. T. Roy (medical review of reviews, 2: mayo, 1927). — En un niño que presentaba los síntmas más bajo enumerados, el tratamiento endocrino adjunto dió excelentes resultados. Niño de seis años de edad, con babeo constante, pereza y apatía, piel áspera afecta de acarosis, habla rudimentaria, raquitismo y flojedad, astenia muscular, muñecas colgantes, incontinencia urinaria, intestinos irregulares y generalmente estreñidos, andar vacilante y mirada bizca.

Al administrársele una tableta de pieneal compuesta (contenía además de pienal, pintuitaria anterior, tiroides, suprarrenal, testicular y solución salina fisiológica), por el espacio de dos meses mejoró notablemente ya que aquel babeo desapareció, aumentó la viveza y actividad, mejoró la piel, desapareció la condición raquítica, se hizo más claro e inteligente el habla, comenzando la expresión del niño con oraciones mejor articuladas; la fuerza muscular sufrió incremento, las muñecas adquirieron firmeza; la vejiga se hizo capaz de retener

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

su contenido; los intestinos mejoraron; la mirada estrábica solo se presentaba al despertar o consecutivamente a tensión intensa de la vista; el andar, aunque a veces espasmódico e inseguro después de cansarse, ha mejorado enormemente. El tratamiento aún continúa. El autor ha sugerido proporcionar calcio, paratiroides y bazo para combatir el andar espasmódico y la aparición del estrabismo cuando se presente súbitamente.

PARATIROIDES

Tratamiento de un caso de de tetania con extracto paratiroideo. — A. M. Hjiort. y L. F. Eder. (Journal of the american medical association, 88, mayo de 1927). — Después de hacer ver que desde, que se ha introducido en terapéutica los compuestos paratiroideos, solamente dos casos han sido anunciados en lo que respecta a su aplicación como específico en el tratamiento de tetania estrumipriva, relatan el caso materia de la comunicación. En una persona adulta operada de tiroidectomía se presentaron claramente los síntomas debidos a falta de actividad paratiroidea. Ante semejante eventualidad se hizo uso de diferentes productos farmacológicos. Se comenzó por una dieta bastante rica en calcio, la que no tuvo el resultado apetecido. Mas tarde se utizó lactato de calcio a la dósis de 5 grs., cada 4 horas durante día y noche. Se notó relativo beneficio, siendo de remarcar que bajo este tratamiento las fluctuaciones del calcio sérico eran demaiado grandes. Fué entonces, que se suministró extracto paratiroideo por vía paraenteral y a la dósis masiva de 20 a 130 unidades diarias. Sin embargo muy poco se logró conseguir. En cambio administrando extracto paratiroideo paraentéricamente a la dósis de 130 unidades por día, pero acompañado de preparados tiroideos por vía oral, se consiguió mejor resultado. Hacen notar también que dósis enormes de sustancia paratiroidea desecada, (3 grs. al día) administradas por vía oral, no lograron influenciar el calcio seroso de la sangre, a pesar de la adjunción de tiroides.

De todo ello opinan los autores que no hay que depender demasiado de la terapéutica sustitutiva o de reemplazo. Mucho mejor es desplegar una medida preventiva como trasplante de una paratiroides, por lo menos, en algún músculo vecino, en todos los casos donde sea necesaria una resección extensa.

TIMO

Significación del timo para el crecimiento del hueso. — E. P. Jick. (Wiener Klin. Wchnschr, 41: 682, 1928). — Menciona el articulista los trabajos de Glaesner y Hass los que permitieron corroborar y ampliar investigaciones anteriores sobre la significación del timo en el crecimiento óseo. Entre otras sustancias reguladoras del calcio, son de mencionar la hormona de Colip y la vitamina D. No obstante, es de notarse que la administración de la citada hormona de Collip, según todas las probabilidades, produce el aumento de calcio sanguíneo **tomándolo del sistema óseo,** razón por la cual el uso de la mencionada sustancia no parece prestarse a la formación de callosidad. De otra parte es de tener en consideración que este preparado administrado repetidamente, puede ocasionar hipoglicemia y con ella, un complejo sintomático que se asocia con atonía general y diarrea.

SUPRARRENALES

La gráfica de azúcar en la sangre después de administrar adrenalina como prueba funcional del hígado. — G. L. Barock y T. Rednick. (Med. klin., 24:

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

1162, 1928). — La reacción fué llevada a cabo en las siguientes condiciones: sacóse sangre del sujeto experimental en ayunas, con el fin de determinar el azúcar; diósele luego medio gramo (?) de adrenalina subcutáneamente. Se repitió cuatro veces la extracción de sangre a intervalos de treinta minutos. En los individuos con hígado sano, hubo reacción con alza de azúcar sanguíneo. En sujetos con ictericia mecánica obtuviéronse resultados normales. En cambio, en aquellos que presentaban lesiones praenquimatosas del hígado, el alza de azúcar sanguíneo fué muy leve.

De ello deducen los autores que la prueba tiene valor positivo diagnóstico en lo que se refiere a la diferenciación de las varias formas de ictericia: en casos de lesión parenquimatosa del hígado, el glicógeno allí contenido baja o desaparece enteramente.

Farmacoterapia de asma bronquial. — E. Schott. (Deutsche med. Wochenschr, 54: 1928).—Es bastante perceptible sobre la musculatura, la acción de la adrenalina. De ahí que, al menos provisionalmente, sea el remedio soberano durante los ataques. De medio a un centímetro cúbico de adrenalina (al 1/1000) administrado subcutáneamente, permite al asmático respirar de nuevo: cesa de toser y descansa por algunos momentos.

Por supuesto una inyección repetida suele ser necesaria, sin que tal medida tenga inconvenientes en lo que a cambios duraderos de las arterias se refiera. La misma sustancia es efectiva por aspiración.

No obstante, aún están por aclarar las relaciones existentes entre desórdenes endocrinos y asma bronquial. También se ha pensado en la posibilidad de un envolvimiento de la secreción interna de la pituitaria; así Weiss añade a 0.0008 de adrenalina, 0.04 de extracto pituitario. (Astmolisine). Muchos pacientes creen obtener más alivio de una combinación de adrenalina y extracto pituitario, que de adrenalina sola.

Por otra parte, es ahora posible, fuera del acceso, emancipar al paciente de la adrenalina usando efedrina. La ventaja estaría en que este producto es eficáz suministrado por vía oral. Por lo demás, el producto ya ha sido obtenido por vía sintética, exhibiendo una manera de actuar en todo semejante a la adrenalina.

La prueba de adrenalina en la leucemia mieloide. — Ch. Aubertin y Grellety-Bosviel. (País med., 18: 1928). — La inyección ubcutánea de un miligramo de adrenalina produce contracción del bazo con una leucocitosis ligera y transitoria, en sujetos normales.

En la esplenomagelia, la prueba de adrenalina da diferente resultado. En la leucemia mieloide produce siempre una leucocitosis muy marcada, de 100 000 a 250.000 en un caso de los autores), mucho más duradera que en las personas normales (más de seis horas, en lugar de dos). En esta leucocitosis toman parte todos los elementos movibles del tejido esplénico: mielocitos y mieloblastos que emigran a la sangre. Igualmente, los elementos no granulados aumentan de modo ostensible.

En aquellos casos de leucemia tratada, las características leucémicas aparecen en la sangre a pocos minutos de la prueba de la adrenalina que la radioterapia hace desaparecer de tiempo en tiempo.

Los autores deducen que de este modo se puede establecer el diagnóstico anatómico de una esplenomegalia aleucémica, mucho más fácilmente que realizando una punción exploradora.

La disminución que sufre el bazo, en lo que a su tamaño se refiere, puede determinarse por palpación.

Interrenina, la hormona de la corteza suprarrenal. — M. Goldzieher. (Klin. Wchnschr, 7: 1124, 1928). — Las experiencias del autor llevan a la de-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mostración que las suprarrenales son susceptibles de proporcionar una sustancia fisiológicamente activa para la que propone el nombre de "interrenin". Se le extraería de la corteza por un procedimiento semejante al método de Allen, Piper, etc., en la preparación de la insulina. La sustancia así aislada y libre de albúmina, sería un polvo blanquizco, amorfo, fácilmente soluble en el alcohol y ácidos diluídos; por el contrario insoluble en agua destilada, éter o cloroformo. En su composición cualitativa entrarían: nitrógeno, carbono, hidrógeno, oxígeno y azufre.

Sus propiedades fisiológicas serían: en inyección intravenosa, reducción de la presión arterial antagónicamente a la adrenalina. Al administrar ambas hormonas a dósis correspondiente, la presión sanguínea así como la frecuencia del pulso, permanecería inalterada. Eso sí, condiciona una baja significativa de lipoides sanguíneos los que al desaparecer de la circulación pasan a los sitios de almacenaje fisiológico, igualmente a lo que sucede con otras hormonas.

Bajo la inyección de la mencionada sustancia, por vía endovenosa, el cuadro de las células blancas de la sangre cambia en sentido contrario a lo que sucede con la inyección de adrenalina.

Da cuenta de su uso terapéutico en un caso: recién nacido con extenso hematoma de la suprarrenal derecha y síntomas de aguda insuficiencia (convulsiones, respiración artificial, fiebre). Inmediatamente a la administración de "interrenin" cesaron las convulsiones y mejoró la respiración, cayendo de 57-60 a 27-30. El tratamiento fué prolongado por dos semanas, durante las cuales el niño se restableció al mismo tiempo que el hematoma retrocedió.

Midriasis de adrenalina en extracción de catarata. — St. Martín. (Presse med., 36: 241, 1928). — La inyección subconjuntival de dos gotas de solución de adrenalina al 1/1000 ocasiona una midriasis máxima que dura de 4 a serie de 50 casos operados de que la extracción de la catarata se facilita extraordinariamente, por lo que recomienda el uso sistemático de este experimento en las operaciones.

M. A. E.

Revue Sud-Americaine de medicine et de chirurgie. — Se tiene anunciada para el presente año la aparición de una Revista que tendrá su sede en París y que, publicada en francés, se ocupará sobre el movimiento científico de la Medicina en Sud-América.

El título de la mencionada Revista: "Revue Sud-Americaine de Médicine et de Chirurgie", indica la índole de los trabajos que encerrará, además de la procedencia de los temas y autores, netamente sud-americanos.

La litratura científica tendrá en ésta oportunidad un vocero representativo del movimiento técnico de toda Sud-América, aportando un beneficio múltiple, tanto para nuestro Continente como para los otros que se encuentran ligados con este motivo. La influencia científica de América Latina se exteriorizará en forma que sobrepasa a los medios ordinarios con que actualmente cuentan otros centros de publicidad técnica. Efectivamente, no se reducirá a la defensa de una determinada escuela, ni mucho menos de la ciencia médica de una Nación en pugna con la de la otra vecina; no representará una especialidad reducida, ni será el portavoz de una Sociedad local, sinó que por el contrario, expresará el movimiento de la totalidad de las investigaciones que se ejecutan simultáneamente por el Continente Sud-americano entero.

El medio de publicidad con que se inicia la Medicina en el presente año, será el exponente harmónico de los esfuerzos de millares de investigadores que

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

trabajan constantemente por la ciencia pura. Ha de constituír la experiencia periodística de unificación y de confraternidad entre los obreros científicos de este Continente. Su fruto inmediato será el mutuo conocimiento, sembrando la simpatía y el interés por los temas que viven palpitanes en el corazón de nuesro espíritu, además de la influencia mundial que por su difusión ha de alcanzar.

El concejo científico del Perú está formado como sigue:

RAFAEL ALZAMORA
Médico de los Hospitales de LIMA.

JULIAN ARCE
Profesor de Enfermedades Tropicales de la Facultad de Medicina y miembro de la Academia Nacional de Medicina de LIMA.

MAX GONZALEZ OLAECHEA
Catedrático de la Clínica Médica de Varones.

TELEMACO BATTISTINI
Jefe del Servicio de Investigación científica de la Facultad de Medicina de LIMA.

CONSTANTINO CARVALLO
Profesor de Patología Interna de la Facultad de Medicina y miembro de la Academia Nacional de Medicina de LIMA.

HONORIO DELGADO
Profesor de Sicología de la Universidad de Lima y miembro de la Academia Nacional de Medicina de LIMA.

ENRIQUE ENCINAS
Profesor adjunto de la Facultad de Medicina de LIMA.

GUILLERMO GASTAÑETA
Profesor de Clínica Quirúrgica y Decano de la Facultad de Medicina de LIMA.

ALBERTO HURTADO
Profesor adjunto de la Facultad de Medicina de LIMA.

GUILLERMO MACKENNIE
Director del Instituto de Anatomía Patológica del Hospital "Arzobispo Loayza" de LIMA.

CARLOS MONGE
Profesor de Patología Interna de la Facultad de Medicina y miembro de la Academia Nacional de Medicina de LIMA.

CARLOS ENRIQUE PAZ SOLDAN
Profesor de Higiene de la Facultad de Medicina, Director del Instituto de Medicina Social y miembro de la Academia Nacional de Medicina de LIMA.

RAMON E. RIBEYRO
Profesor de Parasitología de la Facultad de Medicina y miembro de la Academia Nacional de Medicina de LIMA.

HERMILIO VALDIZAN
Profesor de enfermedades del sistema nervioso de la Facultad de Medicina y miembro de la Academia Nacional de Medicina de LIMA.

PEDRO WEISS
Profesor de Antropología de la Facultad de Ciencia de LIMA.

Existen concejos científicos de la Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

Sin embargo, anotamos que la América Latina íntegra no se encuentra representada, por haberse prescindido de México y las naciones centro-americanas en virtud de la procedencia topográfica de dichas naciones, que si bien es ver-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

BISMOXIL

HIDRATO DE BISMUTO EN SUSPENSION OLEOSA

El tratamiento bismútico ideal, porque las aplicaciones intramusculares son indoloras y no produce nódulos; es muy estable, perfectamente dosificado y de una gran pureza.

Dosis: una ampolla cada 4 días. De 12 a 20 inyecciones.

Específico de las enfermedades de la naríz y garganta:

Resfriados — Fiebre de heno — Rinitis — Epístasis
Ozena — Influenza — Catarro laringo-faringeo, etc.

RINOLEINA

Composición:	
Adrenalina clor. 1 o|o.	1,000
Alcanfor	0,155
Corifina	0,300
Cloretone	0,155
Estorale	0,300
Eucalipto	0,155
Glicerclato de borax	7,000
Novocaina	0,100
Aceite Néroli comp.	0,055
Stovaina	0,600
Sozoyodol de zinc	0,130
Thimol	0,050
Vaselina	90,000

Descongestiona, anastesia, y deja aséptica las mucosas de la nariz y garganta. Prefiláctico contra las epidemias de la gripe

Accion preventiva contra las infecciones de las vias respiratorias

MODO DE USARLA: con la extremidad del mismo tubo distribuir la pomada, alternativamente en las dos cavidades nasales, 3-4 veces al día.

BERNOCCO & BORGOGNO = MILAN

MUESTRAS: OFICINA EN LIMA — APARTADO 121

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

LEPETIT FARMACEUTICI - MILANO

UROXAMINA

EXAMETILENTETRAMINA

20 comprimidos de 0,50 grs.

Este preparado por su grado de pureza, cristalización, estabilidad y por la constancia de acción debe ser el preferido por los señores médicos en los casos de:

cistitis	diátesis úrica
pielitis	gota renal
uretritis	tifoidea
fosfaturias	bacteriurias

PRODUCTOS DE

LEPETIT FARMACEUTICI

MILAN

LEPETIT FARMACEUTICI - MILANO

JARABE NEGRI

Preciosa preparación para el tratamiento de la tos convulsiva.

Esta medicación calma la tos, disminuye la frecuencia y la intensidad de los accesos.

su composición es:

Jarabe cocciniglia argentea	4,768 grs.
Salicilato Sódico	0,056
Tintura ipecacuana	0.130
Tintura belladona	0,044
Bromeina	0,002
Fenato sódico	trazas

DOSIS: Niños hasta 3 años de edad, tantas medias cucharaditas como años tiene el niño. Desde 3 años, tantas cucharaditas como años de edad.

PREPARADO POR

NEGRI MUGGIA — MILAN

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

dad razones geográficas intervienen para ello, no debe constituír un obstáculo para la consideración de aquellos que poseen un orígen común con el nuestro, a la vez que un espíritu similar al de todos nosotros.

Nos complace, pues, grandemente la oportunidad que se ofrece para que Esculapio presida el lazo de unión entre los continuadores de la obra de Pasteur con los representantes de nuestra Medicina Nacional, que Carrión impulsara con el sacrificio de su propia vida.

C. H. B. O.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NOTAS TERAPEUTICAS

Algunas consideraciones sobre el tratamiento actual del Raquitismo

En tiempos pasados, el tratamiento del raquitismo se llevaba a cabo por medio de la luz solar y por la administración oral del aceite de hígado de bacalao. Este último medicamento, ha sido, y aún sigue siendo el preferido, habiéndose prescrito en forma empírica. Igual cosa puede decirse Emulsión de Scott en la que la base fundamental es el aceite de hígado de balacao, conteniendo además sustancias minerales, particularmente calcáreas. La observación paciente y secular, había evidenciado que los niños afectos de raquitismo, mejoraban o curaban cuando se les sometía por un tiempo más o menos prolongado a la administración del aceite de hígado de bacalao. El olor desagradable y el sabor nauseabundo de estos dos medicamentos, hacían muchas veces imposible el poder prolongar su administración. Los diversos preparados a base de aceite de hígado de bacalao desodorizado y fuertemente corregido en su sabor, no siempre estaban dotados de las propiedades farmaco-terápicas del producto original.

Pocos meses desués de la terminación de la guerra europea, un autor alemán: Huldschinsky, dió a conocer al mundo científico, los felices efectos obtenidos en el raquitismo por la aplicación de los rayos ultravioletas, bajo cuya acción, las distrofias óseas raquíticas regresionaban en un plazo muy corto y los enfermos de raquitismo mejoraban visiblemente en su estado general. Esta observación fué confirmada por la mayor parte de pediatras del mundo entero, habiendo conquistado la actinoterapia un lugar preferencial entre las medicaciones antirraquíticas. La aplicación de la luz de cuerzo en el tratamiento del raquitismo, no era sino la consecuencia, de la aplicación de una observación bastante antigua; en efecto, desde tiempos muy remotos se sabía que el raquitismo era más frecuente en las estaciones frías del año, y en los países en los que la radiación solar era escasa. La actinoterapia, puso de relieve que las radiaciones solares verdaderamente activas era tan solo, las que correspondían al violeta y ultravioleta del espectro, estando desprovistas de actividad curativa las emanaciones rojas e infrarrojas. Bajo la acción de la luz de las lámparas a vapores de mercurio, se operaba una rápida y eficáz fijación de los iones Ca y P en los tejidos, particularmente en el sistema esquelético. La bioquímica había demostrado algunos años antes que los raquíticos presentaban calcio y fos-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

fopenia. Se admitió entonces, que la luz de cuarzo operaba una profunda modificación en la fosfo y calcio regulación intratisular.

Hess, investigador americano, no solo se limitó a corroborar los descubrimientos de Huldschinsky, sino que demostró que las radiaciones ultravioletas detenían o curaban las alteraciones raquíticas experimentalmente determinadas en las ratas blancas, habiendo ido en sus experiencias un poco más lejos: alimentó durante algún tiempo con sustancias irradiadas con la lámpara de cuarzo, animales sujetos a un régimen raquitígeno, los que no presentaron signos de raquitismo, e hizo la experiencia crucial de alimentar con leche seca irradiada a ratas blancas jóvenes raquíticas. Todas ellas curaron con este género de alimentación.

Las experiencias de Hess, abrieron un amplio campo de investigaciones, puesto que demostraban que en los alimentos existían sustancias especiales que bajo la acción de la radiaciones ultravioletas se transformaban en un principio antirraquítico. Irradiando un gran número de alimentos se pudo demostrar que sólo las sustancias grasas, especialmente las del grupo de las esterinas, eran las únicas capaces de volverse antirraquíticas, en tanto que los alimentos de naturaleza hidrocarbonada o proteica, carecían de esa propiedad. Quedaba solo por demostrar cual era la sustancia grasosa más rica en principio antirraquítico activable. Primero se demostró que era un lipoide; más tarde, que una esterina. Se pensó poco después que era la colesterina, la sustancia transformable por las emanaciones de las lámparas de cuarzo en vitamina antirraquítica. Esta hipótesis fué bien pronto abandonada al demostrarse que la colesterina químicamente pura, encerraba una dosis infinitesimal, prácticamente despreciable, de factor antirraquítico.

Al operarse la purificación de la colesterina, por una serie de complejos y sútiles procedimientos químicos, pudo evidenciarse que la colesterina estaba siempre asociada a otra esterina a la que debía su actividad antirraquítica, y que no difería en nada de la ergosterina descubierta por Tanret el año 1888 en el cornezuelo de centeno.

Es a partir de este descubrimiento, en el que intervino en forma decisiva el químico alemán Windaus, que quedó establecido en forma incontrovertible, el que la ergosterina es una provitamina que bajo la acción de la luz ultravioleta, se transforma en vitamina antirraquítica. En un principio, solo se buscaba la ergosterina en el cornezuelo de centeno, pero pronto se constató su existencia en multitud de otras plantas, particularmnte de los órdenes de las algas y hongos. En la actualidad se le obtiene en gran cantidad de la levadura de cerveza.

En la actualidad, son ya numerosísimas las esterinas irradiadas que se venden en el comercio, y cuyos nombres patentados, sería obvio consignar. La posología de todos estos productos es análoga, debiéndose emplear dosis de 24 milígramos diarios, durante dos semanas, seguidas de otras tantas de reposo, debiéndose continuar las series hasta ver regresionar las lesiones, particularmente óseas, con el doble control: clínico y radiológico.

Los efectos de la ergosterina irradiada, son buenos, manifestándose de preferencia sobre la distrofia ósea. A la pantalla fluorescente es fácil constatar la rápida calcificación de las tramas cartilaginosas de los huesos largos y la aparición de nuevos puntos de osificación. El efecto de la ergosterina sobre los otros síntomas del sindrome raquítico, son más lentos en manifestarse: la hipotonía muscular regresiona lentamente; las intumescencias linfáticas, también se modifican, pero no en la forma rápida como se opera la calcificación ósea. Por último, la anemia, no se beneficia grandemente, a punto

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tal, que la experiencia ha demostrado, que la anemia raquítica es mejor combatida con la actinoterapia y la helioterapia que con la ergosterina.

El uso prolongado de la ergosterina irradiada, no está excento de peligros. Sus efectos sobre la calcio y fosfofijación en el organismo, no solo se manifiesta con la aparición de nuevos núcleos de osificación, sino que, cuando las dosis empleadas, o la prolongación de las curas es hecha, sin seguir las reglas que hemos mencionado, la fijación del calcio puede hacerse en el sistema vascular y en otros órganos de la economía, con las consecuencias que fácilmente pueden imaginarse. Es por eso que la aplicación de la ergosterina irradiada, debe ser conducida con cierta cautela, y las dosis cuidadosamente regladas, con el objeto de evitar fenómenos de hipervitaminización y de hipercalcemia.

Dr. Carlos Krundieck.

Opoterapia Esplénica Específica

"LIPOSPLENINE"

Extracto Lipídico del Bazo

Anemia. — Raquitismo. — Inapetencia. — Anemias perniciosas. -

Agente Depositario: Gmo. RUIZ REMY.-Casilla 481-Serrano 843

Solicitamos Canje On demande Péchange We reques exchadge Austausch erbetne

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NOTICIAS

FACULTAD DE MEDICINA

La Facultad de Medicina vuelve a contar entre sus miembros al doctor Honorio F. Delgado. En sesión última lo ha designado para regentar la cátedra de Neurología y Psiquiatría que quedara vacante por la desaparición del que fué su excelente maestro, el doctor Hermilio Valdizán.

Dedicado desde muy joven a los estudios psiquiátricos, con un tesón verdaderamente encomiable, ha llegado a destacarse en esta materia con particular relieve, conociéndosele no solo dentro de nuestras fronteras, sino también fuera de ellas. En varias ocasiones ha llevado la representación de nuestro país en congresos de esta especialidad, realizados en centros científicos europeos y americanos.

El doctor Delgado añade a sus indiscutibles conocimientos psiquiátricos una vastísima cultura, que se transparenta en los numerosos trabajos que tiene publicados. Es por esto que la Facultad de Medicina, valorando sus positivos méritos, ve en él al único capaz de reemplazar dignamente al maestro desaparecido.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Finalmente, el doctor Delgado no es nuevo en la enseñanza, las mismas cualidades que hoy lo reclaman en la disciplina para la que ha sido elegido, le valieron ser llamado a las cátedras de Patología General, de Biología y de Psicología, en las Facultades de Medicina, Ciencias y Letras, respectivamente. En ellas ha vertido su inagotable manantial de conocimientos imprimiéndoles nuevos rumbos, actuando así, como verdadero orientador de estudios superiores. Desde estas columnas nos complacemos en felicitar al doctor Delgado, distinguido colaborador nuestro, por la merecida elección de que ha sido objeto.

M. D.

EL VI CONGRESO FRANCES DE PEDIATRIA

Reunido en París, del 30 de setiembre al 2 de octubre de 1929; bajo la presidencia de honor del profesor Hutinel, teniendo como presidente al señor Dr. H. Barbier. Además de la representación oficial, tomaron parte en dicho Congreso gran número de profesores de todas las Facultades francesas; habiendo asistido gran número de pediatras extranjeros y entre los países latino-americanos, solamente el Uruguay se encontraba representado por profesores y especialistas pediatras idos especialmente a seguir los trabajos de dicho Congreso.

Habiendo sido todos los trabajos presentados de gran importancia, trataremos de hacer un resúmen de ellos, y de esta manera, puedan nuestros lectores darse cuenta de los últimos trabajos, discusiones y teorías presentadas en dicho Congreso. Entre los trabajos presentados anotaremos los siguientes:

El Sindrome palidéz e hipertermia, de los operados recién nacidos.—Fué informador de la siguiente cuestión el profesor Ombredanne.—Sindrome que se presenta generalmente en los lactantes de menos de diez meses. El lactante, durante la operación palidece bruscamente, apareciendo 5 a 6 horas después la fiebre que llega a 39° y hasta 41°, acompañada de convulsiones banales; presentando el operado una palidéz de la cara, con ligero círculo azulado de los ojos y la boca. La respiración acelerada, pulso incontable sobreviniendo la muerte 12 a 16 horas después de la operación. En los casos de curación, esta temperatura desciende bruscamente a la normal y el lactante renace a la vida.

El diagnóstico de este sindrome es relativamente fácil:—**La hemorragia operatoria,** no se acompaña de hipertermia;—**La infección masiva,** se acompaña de fiebre, sin palidéz:—**La bronco-neumonía post-operatoria,** se acompaña de dísnea, en tanto que el sindrome palidéz, se acompaña de polipnea sin dínea. El estudio de la tensión arterial al Pachon, en este sindrome juega un gran rol para fijar el **pronóstico:** si al cabo de ocho horas la tensión máxima no ha bajado, el enfermo curará; si ella baja hay peligro de muerte inminente. La sangre y líquido céfalo-raquídeo no presentan nada de anormal.

El máximo de frecuencia de este sindrome, es de los seis días después de nacido a seis meses, excpecionalmente, se citan casos a la edad de 2 y de 5 años, los mismo de 13 años. Siendo los niños débiles, los que adolecen de malformaciones congenitas los más predispuestos; lo mismo que los que sufren intervenciones operatorias sobre el cráneo.

La naturaleza del anestésico no tiene importancia; la anestesia local no impide la aparición del sindrome, y una hipótesis plausible parece ser la producción de un schok reflejo de orígen traumático, repercutiendo sobre el miocardio predispuesto a un debilatamiento fun-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cional. El tratamiento debe comenzarse antes de la intervención operatoria:—impedir el ayuno, abstención de purgantes; dar cinco gotas de solución al milésimo de digitalina. Durante la intervención el operado será envuelto en algodón, la anestesia general está recomendada; se hará una hemo-aspiración en las intervenciones de la cara. Después de la operación se inyectarán 100 a 150 c. c. de suero artificial y si hubiera un debilitamiento cardiaco se empleará la adrenalina y se inyectará aceite alcanforado.

De todas las discusiones se desprende que en dicho sindrome, juega un importante papel el sistema nervioso y el bulbo en particular; interpretando la mayoría de los autores este sindrome como un schok bulbar. El acto operatorio constituye el punto de partida de un reflejo médulo-bulbar; la prolongación de las manipulaciones viscerales, la cirujía en el dominio del trigémino (hocico de liebre), el dolor subconsciente prolongado, el agotamiento nervioso que proviene de la agitación y de los gritos del niño, pueden determinar este schok, irregularizar el sistema vegetativo del niño y sus centros bulbares, puesto que la inestabilidad funcional es indiscutible. Es a causa de la producción de este sindrome que muchos autores son partidarios de que la anestesia, en las intervenciones sobre la cara, debe ser al cloroformo (sonda nasal), de lo cual se desprende que la anestesia es responsable del sindrome en la mitad de los casos; haciendo la salvedad de inculpar casi directamente la naturaleza de la administración y no la naturaleza del agente anestésico.

En la segunda cuestión fué informador el profesor Nobécourt, tratando sobre:—**Las muertes súbitas o imprevistas en los lactantes.** Demostrando que ella es más frecuente durante el primer año de vida. La autopsia no permite reconocer la causa en un 10 % de casos. Hace también una enumeración de las causas que pueden producir la muerte súbita; entre las que enumeraremos las siguientes:—Muerte súbita por lesión de un órgano determinado; por enfermedades infecciosas, produciéndose éstas por accidentes cardiácos nerviosos o de hemorragias surrenales; en la sífilis congenita, produciéndose en las primeras semanas de la vida; muerte súbita en el eczema teniendo como patogenia la metástasis o el eczema "rentré"; explicándola por la teoría moderna, como debida a una intoxicación por insuficiencia hepatorenal; la teoría septicémica tiene en su contra los resultados del hemocultivo; siendo la última teoría de la muerte súbita por eczema la del schok anafiláctico. La muerte súbita por hipertrofia del timo, explicándose de una parte por la teoría de la compresión mecánica y por la teoría moderna correspondiendo a un estado linfático-tímico, de Paltauf, sobre el cual reposa la patogenia de la muerte súbita por linfotoxémia; muerte súbita, en la espasmofilia sobreviniendo después de una espasmo de la glotis; la muerte súbita de causa indeterminada, como en la muerte con cianosis, por acceso súbito de apnea en los niños debilitados, pareciendo ella una claudicación transitoria del centro respiratorio bulbar. Estudio interesante, de la muerte súbita, que debe hacer pensar al médico legista a hacer un informe prudente y muy preciso en casos de muerte súbita; muchas veces alteraciones importantes, no sospechadas, pueden ser reveladas por un exámen completo microscópico de todos los órganos y poder así el médico legista pasar un informe verdadero.

El trabajo de mayor importancia presentado fué: sobre **icterias del recién nacido,** siendo informador el Sr. Dr. Rocaz, célebre pediatra francés. De su estudio se desprende que estas icterias pueden ser de dos clases; Icterias idiopáticas e Icterias patológicas.

La primera llamada también icteria simple, benigna o común, se observa en gran cantidad de recién nacidos, en un 80 por ciento, siendo menos

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

frecuente ahora debido a los progresos de la higiene pre-natal y post-natal. Más frecuente en los lactantes debilitados. Se le conoce causas predisponentes: frecuente en los prematuros, en los atacados de debilidad congénita, en los gemelos, y sobre todo la influencia del peso es importante: en aquellos pesando al nacimiento menos de 1400 grs. la proporción de ictéricos es grande de 100 por 100; en los de 3 k. 620 no es sino de 36 %. El frío también es inculpado como causa predisponente, los nacidos después de un parte laborioso, en los afectados de cefalohematoma.

Esta icteria está siempre acompañada de eritrodermia, producida por una vaso-dilatación de los capilares, debido a una disminución de la presión de los tegumentos después del nacimiento. La mezcla del color rojo de la eritrodermia, con el amarillo de la icteria, confiere a los tegumentos en los dos o tres primeros días un tinte anaranjado. Esta icteria comienza siempre por la cara, de allí gana la parte superior del tronco, invadiendo poco después el resto del cuerpo. Además existe, al mismo tiempo edema, que se localiza en la región pubiana, extendiéndose a la cara dorsal de las manos, piés y párpados.

La marcha de la icteria es invariable: eritrodermia, el primer día de la vida, coloración anaranjada el 2° y el 3° día y hacia el 4°, el tinte amarillento predomina; en los casos ligeros la icteria desaparece a los 5 ó 6 días. No se acompaña de fenómenos generales, las materias fecales no se decoloran. El estudio de los orines y de la sangre, es el más importante, presentando un interés capital, puesto que, sobre ellos, reposan las diversas teorías patogénicas de dicha afección. La investigación de los pigmentos biliares, en los orines, ha dado resultados contradictorios, según la técnica empleada, pudiendo afirmar que es posible, encontrar bilirrubina, urobilina y sales biliares en los recién nacidos; se encuentran de una manera inconstante, por lo que debe considerarse la icteria idiopática del recién nacido, como una icteria acolúrica. En el suero, el tenor de la bilirrubina es bastante elevada, teniendo también el recién nacido, una bilirrubinemia superior a la de la madre, y es así que entre el recien nacido ictérico y no ictérico, existe una cuestión de grado en esta hiperbilirrubinemia, de tal manera que se puede considerar a todo recién nacido como un ictérico latente y es por esta causa que la icteria idiopática del recién nacido se le puede considerar justamente como una icteria fisiológica. Otra particularidad importante es la poliglobulia, en el momento del nacimiento, la cual está en relación con las condiciones en las cuales el feto toma oxígeno, de la sangre de la madre. También se nota una resistencia globular en los ictéricos, existiendo al comienzo una resistencia mínima neta, que disminuye constantemente, para aumentar rápidamente y llegar a la normal el 3° día, período en el cual la resistencia queda superior a la normal.

Brevemente resumido así el estudio de la icteria idiopática, el Dr. Rocaz, comienza el estudio de la patogenia de la afección; admitiendo en primer lugar que en Francia, se deja de costado la teoría mecánica, según la cual la icteria, es producida por una obliteración de las vías biliares, sea por descamación del epitelio, sea por un exceso de viscosidad de la bilis; la teoría infecciosa, produciendo la icteria por infección digestiva o por ligera septicemia; la teoría de la reabsorción del meconium, debida a la persistencia del canal de Arancius, pero inadmisible por el hecho de que el meconium siendo ácido los pigmentos biliares son insolubles en dicho medio y por consecuecia inabsorbibles; la teoría de la hemolisis maternal admite que la icteria es la consecuencia de la destrucción de la sangre maternal y particularmente, de la sangre que se encuentra en los espacios inter-vellosos de la placenta.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

En la actualidad se considera de más en más, que la icteria idiopática del recién nacido, es una icteria hemolítica: la acoluria, la abundancia de los hematíes granulosos, las modificaciones de la resistencia globular y sobre todo la brusca disminución de los glóbulos rojos en la sangre del recién nacido, son argumentos poderosos en favor de esta teoría; constituye también una presunción en favor de esta teoría la reacción de van den Bergh, en el suero sanguíneo siendo ella siempre retardada o indirecta. Resumiendo, se tiene que existe una poliglobulia inicial, una destrucción rápida de gran número dé glóbulos rojos, la hemoglobina libre que se trasforma en pigmentos biliares que se van acumulando en el suero son las causas principales de la bilirrubinemia del recién nacido.

La intensidad de la icteria está en relación con la rápida eliminación de los pigmentos, dependiendo dicha eliminación del valor funcional del hígado, éste en el recién nacido no se adapta inmediatamente a su nueva función, siendo dicha adaptación más difícil en los niños prematuros que no escapan a la icteria y de esta manera queda constituída la teoría mixta (hemolítica) de la icteria idiopática, considerando iempre la hemolisis como principal fenómeno.

Icterias patológicas.—El primer grupo de ellas está constituído por las icterias por retención. Siendo en el recién nacido su causa más frecuente las lesiones congénitas de las vías biliares. Clínicamente, sus caracteres son los siguientes: Coloración amarilla de la piel después del nacimiento, presentando una intensidad progresiva. Las materias fecales están decoloradas; los orines son de color acajou conteniendo gran cantidad de pigmentos y sales biliares; hígado grueso y en la mitad de los casos el bazo hípertrofiado. Frecuentemente existe vómitos. Rápidamente el lactante se adelgaza y se caquectiza. La muerte sobreviene por caquexia, por complicaciones hemorrágicas o nerviosas; hematemesis, melena, púrpura son frecuentes al fin de la enfermedad; sobreviniendo convulsiones y el coma final. La duración de la enfermedad es de algunas semanas.

Anátomo-patológicamente, las lesiones de la autopsia se resúmen en dos grupos: ausencia total o parcial de las vías biliares extra-hepáticas o transformación de dichas vías en un cordón escleroso. Estas anomalías son el resultado de una angiocolitis fetal y muchos autores, consideran que la sífilis juega un rol importante. La terapéutica exclusivamente quirúrgica es siempre impotente en estos casos.

Icterias infecciosas.—En este grupo los autores, han englobado entidades mórbidas, que no son en realidad sino una variedad clínica de un proceso patológica; la septicemia del recién nacido, constituyendo la icteria unsíntoma de dicho estado. Estos procesos sépticos del recién nacido pueden volverse icterógenos por dos procesos: hepatitis toxi-infeciosa y hemolisis.

Clínicamente existe una forma benigna, con coloración amarilla de los tegumentos, vómitos, diarrea muy coloreada, orinas oscuras; hígado poco voluminoso y bazo hipertrofiado. Temperatura elevada; la evolución de esta forma es en dos o tres semanas. Su diagnóstico con la icteria idiopática no es fácil: basándose principalmente en la coloración de la piel, hipertrofia del bazo, coloración de los orines y por la duración más prolongada de la icteria. Toda icteria de recién nacido cuya evolución se efectúa en más de dos semanas, es una icteria fisiológica.

En las formas graves la coloración de la piel es más oscura, tomando un tinte bronceado característico; siendo el principal síntoma la coexistencia de hemorragias cutáneas, umbilicales, gastro-intetinales, nasales. El pronóstico de esta forma es grave, la muerte sobreviene a los dos o tres días. Se

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

describen también formas especiales de esta septicemia icterógena de los recién nacidos: la enfermedad de Buhl, caracterizada por una degeneración de la mayor parte de los órganos; icteria bronceada hematúrica del recién nacido, de Pollak.

Icteria sifilítica.—Como icteria infecciosa ella juega un rol especial en todas las del recién nacido. En la icteria fisiológica son los débiles y prematuros y casi siempre, los heredo-sifilíticos los atacados. En las icterias por retención, las sífilis juega un importante rol en las malformaciones biliares. En su forma ligera, es muy parecida a la icteria fisiológica; la naturaleza de la afección estará demostrada por la concomitancia de lesiones específicas de la piel, coriza y la hipertrofia del bazo, el cual constituye un signo semiológico de gran importancia. El tratamiento específico, bien seguido permite la curación de estas icterias sifilíticas. Los arsenobenzoles serán dados con mucha prudencia; puede también presentarse la coexistencia de la sífilis y de la septicemia de distinta naturaleza, en cuyo caso se empleará el tratamiento septicémico, comenzando siempre por hacer una transfusión sanguínea.

La cuarta y última cuestión, presentada a la consideración del Congreso, fué sobre: **Los edemas de los recién nacidos y del lactante,** siendo informador el Dr. Cathala. El autor divide los edemas en **congénitos y adquiridos.** Siendo los primeros debidos a una malformación congenita o a una enfermedad fetal:—malformaciones del corazón, del sistema porta y cava inferior.

Los edemas adquiridos los clasifica: en edemas del recién nacido hasta los tres meses y edemas del lactante. Entre los primeros señala el edema subpubiano, edemas que localizan en los miembros superiores e inferiores frecuentes en las estaciones frías y acompañadas de hipotermia. Los recién nacidos afectados de estos edemas son: frágiles, cianóticos y mueren generalmente por transformación del edema en esclerema; no existiendo en ninguno de estos casos lesión renal. Al contrario, en los estado de anasarca, septicémicos, las lesiones hepato-renales son importantes. Existen también, los edemas llamados idiopáticos, que se producen en los recién nacidos de apariencia sanos, y es probable que en ellos existe un desequilibrio del complejo mecanismo, que asegura la asimilación y desasimilación de las sales en el organismo.

El edema adquirido en los lactantes por nefritis hidropígena es raro. Ellos son debidos a nefritis sub-agudas, secundarios a una infección rinofaríngea o cutánea y frecuentemente a la sífilis hereditaria. Los edemas idiopáticos de lactantes son producidos por transtornos profundos de la nutrición, clasificación en tres grupos: estados de desnutrición crónica progresiva: atrepsia, sífilis o tuberculosis: en ciertos estados diatésicos, diátesis espasmogénica: y en las distrofias adquiridas, por sobrealimentación de leche de vaca (atrofia florida de Barbier) o por un régimen hiperclorurado. También juegan un rol predisponente a la producción de los edemas sin nefritis: la escarlatina, neumonía, sarampión, varicela y tuberculosis.

Bajo el punto de vista fisio-patológico general, el autor, en los edemas de la primera edad, coloca en favor de ellos, la hipótesis de la retención hídrica patológica sobre un terreno con trastornos de la nutrición y que serán resueltos por un estudio físico-químico de la fisiología de los tejidos. Según Hutinel, no existe tratamiento en los edemas del recién nacido; se tratará simplemente la debilidad congenita; por los preceptos de higiene y alimentación evitando en dichos enfermos las inyecciones de suero. En los edemas adquiridos el tratamiento dietético es esencial; es preciso evitar los re-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

gímenes desequilibrados. En el anasarca sifilítico un tratamiento específico será de rigor.

Con la discusión de todas estas cuestiones terminaron los trabajos de tan importante Congreso de Pediatría, habiéndose elegido la ciudad de Strasburgo cómo sede del séptimo Congreso que se reunirá a mediados de 1931.

Dr. Juan A. WERNER.

EL GLUCONATO DE CALCIO EN LA TUBERCULOSIS

Ultimamente hemos tenido ocasión de leer la síntesis de un trabajo de tesis presentado por el Sr. Dr. R. Pernet, en la Facultad de Medicina de Nancy, y siendo dicho trabajo interesante y novedoso, creémos que es conveniente darlo a conocer a nuestros lectores.

El autor sintetiza, en primer lugar, que el cloruro de calcio, ha sido siempre empleado en la Tuberculosis y hace una exposición de los inconvenientes que pueden presentar, prefiriendo el gluconato de calcio, sea en inyecciones intravenosas o intramusculares.

El gluconato de calcio, es un calcio orgánico, soluble, asimilable y derivado del ácido glucónico y cuya acción se produce únicamente por las propiedades fisiológicas del ion calcio. No teniendo ninguno de los inconvenientes del cloruro de calcio pues administrado sea por inyecciones intra-venosas o intra-musculares, no produce fenómenos de necrosis, y ninguna infiltración en los tejidos. El autor ha tratado hemoptisis por inyecciones intravenosas de 10 c. c. de una solución al 10 por 100, de gluconato de calcio (dosis de una ampolleta) y también preconiza el método mixto por vía intravenosa e intra-muscular. Los resultados obtenidos por el autor son muy favorables habiendo hecho sus pruebas en aquellos casos en que todos los tratamientos clásicos hemoptoicos han fracasado en las hemoptisis, deteniendo la hemorragia antes de las 24 horas, por el gluconato de calcio.

El autor no limita a la simple hemoptisis, el tratamiento por el gluconato, habiendo empleado también en las enteritis y las diarreas de los tuberculosos siguiendo el método de Rist y Ameuille, pero sustituyendo al cloruro de calcio el gluconato. Inyectando una o dos ampolletas por día, los resultados obtenidos son dignos de tomarlos en consideración, pues registran una sensible disminución de la diarrea y los dolores abdominales.

Además, el autor, estudia los efectos del gluconato en las adenitis bacilares asociando, al mismo tiempo, el tratamiento por los rayos ultra violetas; dicho método se hace en la siguiente forma: se inyecta todos los días una ampolleta de 10 cc. de gluconato de calcio, se somete inmediatamente después al enfermo a la acción de los rayos ultra violetas. Los resultados y porcentajes señalados por el autor son dignos de tomarse en consideración, puesto que obtiene en todos sus enfermos un descenso de la temperatura y una disminución de la lesión ganglionar local.

En fin, el autor aboga por la institución de un ensayo de tratamiento calcino-terápico, cuyo período de duración sería de seis meses y explica la manera de proceder: se hará una inyección, intra venosa o intra muscular, cada dos días y en los días intercalares se procederá a hacer un tratamiento cálcico ordinario, y el resultado será una mejoría del estado general del peso, de las fuerzas del enfermo y de su apetito y señala que perseverando en dicho tratamiento se llega a estabilizar la temperatura a un grado

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

inferior a la del comienzo del tratamiento. En el empleo del gluconato de calcio, el autor, hace la salvedad de que no existe ninguna contra-indicación en su empleo.

De desear sería que nuestros colegas, pusieran en práctica este nuevo compuesto y método; para provecho y bien de muchos enfermos y más aún, en nuestro medio, sería necesario su uso en lo referente a las hemoptisis tuberculosas y en las adenopatías bacilares.

J. A. W.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NECROLOGIA

Sincero sentimiento ha causado en los centros médicos de Hispano-América, el fallecimiento del que hasta sus últimos momentos fuera Director General de Sanidad Pública de la República de Bolivia, Dr. Adolfo Flores, una de las figuras mejor apreciadas en el ambiente médico de su país y que tan plenas muestras de su competencia profesional, celo administrativo y exquisita cultura, diera en los pueblos que estuvo, en los que siempre recibió altas consideraciones y en su propio país, en las honrosas actividades que le fueron confiadas.

El doctor Flores residió algún tiempo en la República Argentina, Buenos Aires, en donde esmeró su vocación para el aprendizaje de las ciencias médicas. Nuestra ciudad le tuvo como huésped distinguido, cuando en ocasión solemne representó a su país en un certámen médico-internacional. .

Adelantándose unos días a la funesta noticia, recibimos en canje, que agradecemos desde luego, del Boletín de la Dirección General de Sanidad Pública, y en él encontramos como una de las últimas demostraciones de su labor, la trascripción de una nota en que el ilustre desaparecido aborda un problema de Higiene Social, el ejercicio de la prostitución, con criterio elevado que se revela en los párrafos que van enseguida:

"Ante el criterio abolicionista (que él defiende), una mujer que se prostituye está en la misma condición del hombre que la paga; de ahí pues que proteste contra la desigualdad en los ultrajes y la injusticia de las medidas".

"El problema venéreo, cuya solución se busca por estos andamiajes (se refiere a las inscripción de las prostitutas) de reglamentación, debe afrontarse abiertamente, declarando que las enfermedades venéreas, son como todas las enfermedades y que no son castigos por diversos pecados, sino desgracias humanas que deben ser tratadas con los mismos sentimientos con que atiende a las demás que afligen al mundo".

Nos unimos pues a los médicos de la república hermana, en sus sentimientos por esta pérdida.

Ov. G. R.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

EN NUESTRO PROXIMO NUMERO APARECERAN LOS SIGUIENTES ARTICULOS:

NEUMOCOCEMIAS CON LOCALIZACION ARTICULAR PRIMITIVA

por el Dr. Juan Voto Bernales

ESTUDIO SOBRE EL INDIO PERUANO.

(Cátedra de Patología General)

por los

Drs. Alberto Hurtado y Alberto Guzmán Barrón

QUISTE HIDATICO DE LA CAVIDAD ABDOMINAL

por el Dr. Federico León y León

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

FE DE ERRATAS

En nuestro número anterior, en la primera parte del artículo "Formas clínicas de la tuberculosis del aparato pulmonar", se hallan las siguientes:

Dice:	DEBE DECIR:
Pág. 86, línea 10 y 9.	
ro que no pasan de volúmen de dos	de un lóbulo.
lóbulos.	
Pág. 87, línea 5.	
(repetida)	en los lóbulos inferiores, constituyendo este fenómeno la primera etapa
Pág. 87, línea 27.	
formadas a expensas de los primeros nódulos	formadas a expensas de los productos del reblandecimiento de los primeros nódulos.
Pág. 87, línea 43.	
de lugar	da lugar.
Pág. 90, línea 23.	
a spensas	a expensas.
Pág. 60, línea 46.	
algunos tisiólogos	los tisiólogos.
Pág. 91, línea 33.	
es menos severo en la forma	es menos severo que en la forma.
Pág. 92, línea 26.	
esta última,	ellas
Pág. 92, línea 26.	
extensión de la vavidad, pues,	extensión, pues,
Pág. 92, línea 48.	
que se observa	que se presenta.
Pág. 93, línea 41.	
sonoridad disminuída	menor.
Pág. 93, línea 43.	
se nota disminución en	se nota menos marcada la
Pág. 94, línea 48.	
se adiciona la forma de	se adiciona el tipo
Pág. 96, línea 51.	
tejido clásico	tejido elástico.
Pág. 97, línea 7.	
evolución favorable	evolución larga y el pronóstico es favorable de pronto.
Pág. 97, línea 50 y 51.	
que sucede	que puede suceder

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

FE DE ERRATAS

En el artículo Tuberculoma de la Protuberancia, página 113, dice: 5" debe decir, 5'.

Página 117, dice: que tienen edema de la papila. El enfermo no ha tenido, y por lo tanto es lógico que los haya presentado. Debe decir: que tienen edema de la papila; el enfermo ha tenido y por lo tanto es lógico que no los haya presentado.

Página 118, dice: los neurólogos que no implican. Debe decir, los neurólogos no implican.

Página 121, dice: reacciones vestibulares normales. Debe decir: reacciones vestibulares anormales.

Página 124, dice: Eakleton. Debe decir: Eagleton.

Página 124, dice: del de su oído. Debe decir: del lado de su oído.

Página 127, dice: atacado en seria. Debe decir: atacado de seria.

Página 128, dice: evolucionando. Debe decir evoluciona.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

MARCAS
BAYER
REGISTRADAS

MYO-SALVARSAN

Marca registrada

Dioxidiaminoarsenobenzol-dimetansulfonato sódico

El Salvarsán inyectable

por las vías

subcutánea e intramuscular

En muchos casos es deseable este género de aplicación

Corresponde, en envase y dosis, al Neosalvarsán

Ampollas de 0,01 0,03, 0,06, 0,12, 0,18 0,3, 0,42 y 0,6 g, así como ampollas dobles "ISO" de estas dosificaciones. **Embalaje original**

Para muestras y literatura

dirigirse a

„Bayer-Meister Lucius"

Lima, Casilla 63

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

VITAMINA LORENZINI

Vitaminas de todos los grupos, tituladas fisiológicamente

No deben confundirse los preparados de ergosterina irradiada con la vitamina antirraquítica, con la que no tiene de común sino el poder de fijación del calcio. Son ineficaces en los diversos síntomas del raquitismo, anemia, desnutrición, predisposición a las infecciones, etc.

Las indicaciones, (a diferencia de las vitaminas) son limitadísimas, únicamente en el raquitismo y en cambio son ineficaces en los demás trastornos del desarrollo infantil, que son debidos a la falta del resto de vitaminas.

En cuanto a las dosis terapéuticas, la diferencia es mayor: en las vitaminas no existe ninguna limitación; en cambio en la ergosterina irradiada la dosis terapéutica dista poco de la dosis tóxica.

El procedimiento terapéutico, seguro en sus resultados, para la vitaminización del organismo es el empleo de las vitaminas extractadas y globales.

El producto que llena completamente estos requisitos es la "VITAMINA LORENZINI" por los métodos extrictamente científicos en que reposa su extracción.

POSOLOGIA: por vía oral, una cucharada antes de los alimentos
por vía hipodérmica, una inyección diariamente.

PREPARADO DEL

ISTITUTO BIOCHIMICO ITALIANO

CONTROLADO Y GARANTIZADO POR EL GOBIERNO ITALIANO

Solicite muestras a nuestra Oficina en Lima: Apartado 121

Imp Minerva

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera